



SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE APOYO PARA LA PRODUCTIVIDAD

SOLICITUD DE INTERVENCIÓN  
(PAP-01)



Vivir Mejor

Seleccione el tipo de apoyo:

Asistencia  
Técnica

Capacitación  
Específica

CLAVE
Para uso exclusivo de la STPS

R.F.C.											

Datos Generales del Solicitante												
Nombre o Razón Social						R.F.C.			Nombre del Representante Legal			Subsector
Persona Moral									Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	
Persona Física	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	C.U.R.P.								
Domicilio de la Empresa								Datos de Contacto				
Calle	No.Ext	No. Int.	Colonia	Ciudad o Localidad	Municipio o Delegación	Entidad	Código Postal	Teléfono	Lada			
								Fax	Lada			
								Correo electrónico				

Datos Generales del Oferente											
R.F.C.			Fecha de Registro en el Directorio de Oferentes			Nombre completo de la Persona Física o del Representante Legal, en caso de Persona Moral					
			Día	Mes	Año	Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
					2009						

En caso de Asistencia Técnica, llenar campos a), b), c), y d)

Datos Específicos de la Intervención												
a) Datos del Consultor / Instructor												
C.U.R.P.						Nombre del Consultor / Instructor		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
b) Número total de trabajadores en la empresa			Número de trabajadores inscritos en el IMSS que participan			c) Fecha de Inicio			d) Fecha de Término			Horario (días y hora)
						Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
						2009			2009			
Nombre del Curso												
Objetivo (Necesidades específicas a cubrir)						Contenido Temático						

Lugar donde se llevará a cabo la Intervención.								
Calle	No.Ext	No. Int	Colonia	Ciudad o Localidad	Municipio o Delegación	Entidad	Código Postal	Teléfono o Fax
								Lada

Costos										
Duración Horas	Costo por hora sin I.V.A.	Porcentaje de I.V.A. aplicable	Costo Total		Aportaciones (incluyendo I.V.A.)					
			Por Hora	Por Intervención	Empresa		STPS		Otros	
					Monto	%	Monto	%	Monto	%

\* Rubricar en cada caso.

**EL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**

\_\_\_\_\_ Que los datos contenidos en esta solicitud que le atañen, son ciertos y correctos.

\_\_\_\_\_ Que conoce los Lineamientos para la operación del Programa de Apoyo para la Productividad.

\_\_\_\_\_ Que la empresa y sus trabajadores no reciben recursos económicos de cualquier otra institución de carácter federal para los efectos de la presente intervención.

\_\_\_\_\_ Que está de acuerdo en que sus datos y los del apoyo que recibe se integren a los indicadores del Gobierno Federal.

\_\_\_\_\_ Haber valorado al oferente seleccionado y que el mismo satisface plenamente los requerimientos establecidos.

**Que se compromete a:**

✓ Dar cumplimiento a los Lineamientos para la operación del Programa de Apoyo para la Productividad.

✓ Aportar la parte complementaria de los costos que corresponden para desarrollar la Asistencia Técnica o Cursos de Capacitación Específicos autorizados -en este último caso el porcentaje de aportación se determinará en función del número de participantes.

✓ Reintegrar el monto total de los apoyos otorgados por el Programa de Apoyo para la Productividad, cuando por parte de las instancias supervisoras de la STPS, se detecten irregularidades en la ejecución de las intervenciones.

En caso de "Asistencia Técnica"

Solicitar el pago del oferente por el porcentaje de aportación que corresponde a la STPS en un plazo no mayor de tres días hábiles, contados a partir de que el oferente le entregue los documentos (facturas a nombre de la Empresa y de la STPS, los formatos PAP-02 de los trabajadores beneficiarios y el Informe de Resultados de la Asistencia Técnica); manifestando por escrito su satisfacción con los servicios recibidos y que no tiene objeción con que el pago se realice, anexando: "copia de la factura del consultor a la empresa", "original de la factura del consultor a la STPS" e "Informe de Resultados de la Asistencia Técnica."

En caso de "Capacitación Específica"

Solicitar el pago para el oferente por el porcentaje de aportación que corresponde a la STPS en un plazo no mayor de tres días hábiles, contados a partir de que el oferente le entregue los documentos (facturas de la Empresa y de la STPS, y los formatos PAP-02 de los trabajadores participantes); manifestando por escrito su satisfacción con los servicios recibidos y que no tiene objeción con que el pago se realice, anexando: "copia de la factura del oferente a la empresa" y "original de la factura del oferente a la STPS".

**EL REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN OFERENTE MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD:**

\_\_\_\_\_ Que los datos contenidos en esta solicitud que le atañen, son ciertos y correctos.

\_\_\_\_\_ Que conoce los Lineamientos para la operación del Programa de Apoyo para la Productividad.

**Que se compromete a:**

✓ Dar cumplimiento a los Lineamientos para la operación del Programa de Apoyo para la Productividad.

✓ Reintegrar el monto total de los apoyos otorgados por el Programa de Apoyo para la Productividad, cuando por parte de las instancias supervisoras de la STPS se detecten irregularidades en la ejecución de las intervenciones.

En caso de "Asistencia Técnica."

Entregar a la STPS un Informe Preliminar en el que se fije la problemática, las acciones a implementar, métodos de medición, seguimiento, así como definición y, en su caso, distribución de beneficios que genere la intervención en un plazo no mayor a cinco días hábiles contados a partir de la fecha en que son acordados.

Entregar a la STPS un Informe de Resultados de la Implantación del Sistema de Gestión para la Productividad en un plazo no mayor a cinco días hábiles contados a partir de la fecha en que termine la Asistencia Técnica, adjuntando:

✓ PAP-02 de los trabajadores beneficiarios y las facturas (para Empresa y STPS).

En caso de "Capacitación Específica"

Entregar a la empresa los PAP-02 de los trabajadores que participaron en el Curso de Capacitación Específico y las facturas (para Empresa y STPS) en un plazo no mayor de dos días hábiles, contados a partir de la fecha de terminación del curso.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Lugar (localidad y entidad), Día Mes Año

Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
 Representante de la STPS

\_\_\_\_\_  
 Representante Legal de la Empresa

\_\_\_\_\_  
 Representante de la Institución Oferente

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa"