 

ANEXO N°3

PERSONA NATURAL

PROGRAMA REACTIVACIÓN MIPYME ZR COSTA ARAUCANÍA AÑO 2024

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO DE PARTICIPAR DEL 100% DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN POR EL BENEFICIARIO**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de identidad n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la comuna de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Beneficiario/a del Programa Reactivación MI PYME ZR Costa Araucanía, año 2024, Código BIP N°40037657-0; Financiado por el Gobierno Regional y ejecutado por la Universidad Autónoma de Chile. Por el presente documento declaro que me comprometo a participar del 100% de las actividades programadas en el Plan de Capacitación que se efectuará en la comuna a la cual postula en el marco del Programa Reactivación MIPYME ZR Costa Araucanía, año 2024.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Módulo** | **N° de sesiones** | **N° horas por sesión** | **Total de horas** | **% Participación requerido** |
| **Plan de Negocios para MIPYME** | 4 | 4 | 16 | 100 |
| **Contabilidad** | 4 | 4 | 16 | 100 |
| **Atención al cliente y Marketing** | 4 | 4 | 16 | 100 |

Lo anterior lo declaro bajo juramento.

Nombre de quien suscribe:

Firma de quien suscribe:

(si su firma es su nombre, escríbalo nuevamente)

RUT de quien suscribe:

Fecha: / /2024

 

ANEXO N°3

PERSONA JURÍDICA

PROGRAMA REACTIVACIÓN MIPYME ZR COSTA ARAUCANÍA AÑO 2024

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO DE PARTICIPAR DEL 100% DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN POR EL REPRESENTANTE(S)**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de identidad n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la comuna de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. En mi calidad de representante legal de la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beneficiaria del Programa Reactivación MI PYME ZR Costa Araucanía, año 2024, Código BIP N°40037657-0; Financiado por el Gobierno Regional y ejecutado por la Universidad Autónoma de Chile. Por el presente documento declaro que me comprometo a participar del 100% de las actividades programadas en el Plan de Capacitación que se efectuará en la comuna a la cual postula en el marco del Programa Reactivación MIPYME ZR Costa Araucanía, año 2024.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Módulo** | **N° de sesiones** | **N° horas por sesión** | **Total de horas** | **% Participación requerido** |
| **Plan de Negocios para MIPYME** | 4 | 4 | 16 | 100 |
| **Contabilidad** | 4 | 4 | 16 | 100 |
| **Atención al cliente y Marketing** | 4 | 4 | 16 | 100 |

Lo anterior lo declaro bajo juramento.

Nombre de quien suscribe:

Firma de quien suscribe:

(si su firma es su nombre, escríbalo nuevamente)

RUT de quien suscribe:

Fecha: / /2024