**FORMULARIO DE POSTULACIÓN FONDO DE APOYO AL COMERCIO LOCAL 2025**

**TIPO DE POSTULACIÓN:** señale la categoría a la que está postulando, según las características de su negocio (marque con una x)

| ESTABLECIDO CON PATENTE COMERCIAL |  |
| --- | --- |
| ESTABLECIDO CON PERMISO MUNICIPAL |  |
| NO ESTABLECIDO (EMPRENDEDORES CON INICIACIÓN DE ACTIVIDADES EN 1° CATEG.) |  |

**INFORMACIÓN PERSONAL Y DE LA EMPRESA**: rellene las casillas con letra imprenta y legible, con lápiz de pasta azul y sin enmiendas ni rayones.

| **INFORMACIÓN NEGOCIO** | | |
| --- | --- | --- |
| RAZÓN SOCIAL  Rellene casilla, sólo si corresponde |  | |
| RUT EMPRESA  Rellene casilla, sólo si corresponde |  | |
| NOMBRE FANTASÍA |  | |
| GIRO COMERCIAL O PRODUCTOS/ SERVICIO QUE COMERCIALIZA |  | |
| ¿POSEE RESOLUCIÓN SANITARIA?  Sólo si corresponde (Se deberá adjuntar) |  | **N° RESOLUCIÓN** |
| **INFORMACION PERSONAL** | | |
| NOMBRE |  | |
| RUN |  | |
| TELÉFONO |  | |
| CORREO ELECTRÓNICO |  | |
| ¿EN QUE DESEA INVERTIR LOS RECURSOS? |  | |
| ¿QUÉ PROBLEMÁTICA PRETENDE RESOLVER? |  | |

**CALIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:** Marque con una x,sólo si corresponde.

| ¿POSEE RSH? |  | SI POSEE, INDIQUE PUNTAJE | % |
| --- | --- | --- | --- |

**DESCRIPCIÓN DE SU EMPRENDIMIENTO O NEGOCIO**

| **PRODUCTOS O SERVICIOS QUE COMERCIALIZA** | | |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **EXPERIENCIA EN EL RUBRO**  señale la opción, según corresponda (marque con una x) | | |
| INFERIOR O IGUAL A 12 MESES |  |  |
| ENTRE 1 Y 3 AÑOS |  |
| SUPERIOR A 3 AÑOS |  |
| **CLIENTES ACTUALES** | | |
| A quienes usted le vende | | |
| **CANALES DE VENTA (ON LINE – OFF LINE)** | | |
| Donde comercializa sus productos, por ejemplo, local comercial, market place de facebook, Instagram, página web, etc. | | |
| **SEÑALE EL NIVEL DE VENTAS MENSUALES PROMEDIO** | | |
|  | | |
| **PROPUESTA DE VALOR** | | |
| Que hace que un cliente se incline por una u otra empresa, como ejemplo, diferenciación, distribución productos, ubicación, precio, etc. | | |
| \_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Firma del Postulante | |
| Nombre: |  |
|  |  |
| Cédula de Identidad: |  |