

**SOLICITUD DE APOYO REACTÍVATE Y DESPEGA 2025  
(ANTIGÜEDAD MAYOR A 6 MESES Y MENOR A 12 MESES ANTE EL SAT)**

LUGAR Y FECHA:	_____ B.C, A _____ DE _____ DE _____
SU EMPRESA ES:	INDUSTRIA <input type="checkbox"/> AGROINDUSTRIA <input type="checkbox"/> COMERCIO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/>

**1. DATOS DEL SOLICITANTE (Emprendedor y/o Persona Física con Actividad Empresarial, RIF o RESICO)**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)		CURP	
		RFC CON HOMOCLEAVE:	
DOMICILIO DEL NEGOCIO (COMERCIAL CALLE / AVENIDA / BLVD / CALLEJÓN)		No. EXTERIOR	No. INTERIOR
		CÓDIGO POSTAL	
COLONIA	CIUDAD O LOCALIDAD	MUNICIPIO	ESTADO
REFERENCIAS DEL DOMICILIO (ENTRECALLE, CALLEJÓN, AVENIDA, BLVD, CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR, PRIVADA)			
ESTADO DE NACIMIENTO	TELÉFONO CASA (CON LADA)	TELÉFONO OFICINA (CON LADA)	TELÉFONO CELULAR (CON LADA)
ESCOLARIDAD	NACIONALIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	ESTADÓ CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/>	¿TIENE HIJOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿CUENTA CON ALGUNA DISCAPACIDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿TIPO DE DISCAPACIDAD? Física/Motriz <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> Psicosocial <input type="checkbox"/> Múltiple (2 o más discapacidades) <input type="checkbox"/>		¿PERTENECE A ALGUNA ETNIA O GRUPO DE PUEBLOS ORIGINARIOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL ETNIA O GRUPO? _____	

**2. DATOS DEL NEGOCIO**

NOMBRE COMERCIAL:		DÍAS LABORALES Y HORARIO DE SERVICIO:	
GIRO COMERCIAL O ACTIVIDAD CON BASE AL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (En caso de aplicar):			
ANTIGÜEDAD DEL NEGOCIO EN EL DOMICILIO		FECHA DE INICIO DE OPERACIONES ANTE EL SAT	
DIA	MES	AÑO	REDES SOCIALES DEL NEGOCIO
EMPLEOS A GENERAR		EMPLEOS A CONSERVAR	
EMPLEOS IMSS		EMPLEOS INFORMALES	
MUJERES: _____	HOMBRES: _____	MUJERES: _____	HOMBRES: _____
MUJERES: _____	HOMBRES: _____	MUJERES: _____	HOMBRES: _____

**3. CROQUIS DE LA UBICACIÓN DEL DOMICILIO PARTICULAR DEL SOLICITANTE**

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL USO DEL RECURSO

(NOTA: Pagos directamente a proveedores. Presentar no más de dos cotizaciones que en su totalidad no supere el monto de \$20,000.00 (pesos). Para mayor información consulte reglas de operación Reactivate y Despega 2025.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL USO DEL RECURSO:


MONTO Y CONCEPTOS:

MONTO SOLICITADO	DESCRIPCIÓN DE LA MERCANCÍA
MERCANCÍA E INSUMOS \$ _____ (PESOS MEXICANOS)	_____
MOBILIARIO Y EQUIPO: \$ _____ (PESOS MEXICANOS)	_____
<b>MONTO TOTAL A SOLICITAR:</b>	
\$ <input type="text"/>	

#### 5. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

(NOTA: Anexar fotografías del Negocio y/o de productos o servicios que ofrece)

ANEXA FOTOGRAFÍAS AL EXPEDIENTE:

 SI NO

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en la presente solicitud son veraces y al igual que los documentos anexos, pueden ser verificados en cualquier momento por el **Fideicomiso Para el Desarrollo Económico de Baja California**, asimismo el Fideicomiso podrá solicitar información adicional cuando lo considere conveniente aceptando que de existir falsedad o falsificación, se cancele el trámite y se proceda conforme a derecho.

**Aviso de privacidad:**

**Fondos BC**, con domicilio en Calzada Justo Sierra y Honduras No. 377 Centro Comercial La Plazita II, Local 16 Mexicali, B.C., CP 21200, utilizará sus datos personales aquí recabados con el fin de dictaminar su solicitud de apoyo económico, así como generar información estadística que permita mejorar los procesos internos. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder y descargar el aviso de privacidad completo a través de <https://www.bajacalifornia.gob.mx/sei/ReactivaBC>

La firmante de esta solicitud autoriza a Fondos B.C., para que la información contenida en esta solicitud sea utilizada con fines estadísticos, así como de promoción y a su vez sea compartida o transferida entre las unidades del sistema.

¡TRÁMITE SIN COSTO! En caso de cobro o abuso en el trámite, informa a la Coordinación de Transparencia al Tel: (664) 973 0424 y/o al (686) 558 1000 ext. 1579 o a la página de internet [www.transparenciabc.gob.mx](http://www.transparenciabc.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Esta solicitud y documentación son propiedad del Fideicomiso para el Desarrollo Económico de Baja California.

**CROQUIS DE UBICACIÓN DEL NEGOCIO:**

