

SOLICITUD DE APOYO 50 Y MAS 2026

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 DE LA SOLICITANTE (Emprendedora y/o Persona Física con Actividad Empresarial, RIF o RESICO)

NOMBRE(S): APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		GÉNERO ¿CÓMO TE IDENTIFICAS? HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> NO BINARIO <input type="checkbox"/> PREFIERO AUTODESCRIBIRME <input type="checkbox"/> ME AUTODESCRIBO COMO:		CURP RFC CON HOMOCLAVE	
DOMICILIO FISCAL (COMERCIAL CALLE / AVENIDA / BLVD / CALLEJÓN)			NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR	CÓDIGO POSTAL
COLONIA		CIUDAD O LOCALIDAD		MUNICIPIO	
REFERENCIAS DEL DOMICILIO (ENTRECALLES, CALLEJÓN, AVENIDA, BLVD, CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR, PRIVADA)					
NACIONALIDAD	ESTADO DE NACIMIENTO	TELÉFONO CASA (CON LADA)	TELÉFONO OFICINA (CON LADA)	TELÉFONO CELULAR (CON LADA)	
ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO	CORREO ELECTRÓNICO			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (INE, PASAPORTE, LICENCIA DE CONDUCIR)		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		¿TIENE DEPENDIENTES ECONÓMICOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿PERTENECE A ALGUNA ETNIA O GRUPO DE PUEBLOS ORIGINARIOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUENTA CON ALGUNA DISCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFIQUE EL TIPO DE DISCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> FÍSICA/MOTRIZ <input type="checkbox"/> LENGUAJE <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE (2 O MÁS DISCAPACIDADES)		¿DÓNDE TE ENTERASTE DEL APOYO? <input type="checkbox"/> JORNADA <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> PROSPECCIÓN <input type="checkbox"/> REDES SOCIALES <input type="checkbox"/> CÁMARAS EMPRESARIALES ESPECIFIQUE EL NOMBRE DE LA CÁMARA EMPRESARIAL:	
¿TIENE INTERÉS EN RECIBIR FORMACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA O CERTIFICACIONES VINCULADAS AL EMPRENDIMIENTO Y AL DESARROLLO DE MODELOS DE NEGOCIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUENTA USTED CON REGISTRO O ACTIVIDAD COMO PROVEEDOR DE BIENES, SERVICIOS O RECURSOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUENTA CON EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE ENVÍOS DE SUS PRODUCTOS? SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, SEÑALE LOS ÁMBITOS EN LOS QUE HA REALIZADO ENVÍOS. ES POSIBLE SELECCIONAR VARIAS OPCIONES: <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> REGIONAL <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> INTERNACIONAL ¿ESTÁ INTERESADA(O) EN OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE CÓMO VENDER EN LÍNEA O REALIZAR ENVÍOS A OTRAS REGIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

La Secretaría de Economía e Innovación pone a disposición talleres de capacitación y asesoría orientados al fortalecimiento del emprendimiento y el desarrollo de negocios. Para más información, le invitamos a acudir o comunicarse con su oficina más cercana.

2. CROQUIS DE LA UBICACIÓN DEL DOMICILIO PARTICULAR DE LA SOLICITANTE

3. DATOS DEL NEGOCIO

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

4. DESCRIPCIÓN DEL USO DEL RECURSO

(NOTA: Debe presentar facturas y verificación fiscal emitidas a nombre del solicitante, con fecha de emisión a partir de la vigencia de la convocatoria y no mayor a 60 días naturales previos a la fecha de presentación de esta solicitud. Para mayor información consulte reglas de operación 50 y más 2026)

Descripción de las facturas:

Folio		Folio		Folio		Folio	
Fecha de emisión							
Concepto		Concepto		Concepto		Concepto	
Monto		Monto		Monto		Monto	

Número de facturas a presentar:

Suma del importe total de la/las facturas:

BREVE DESCRIPCIÓN DEL USO DE RECURSO DE REINTEGRO:

MONTO SOLICITADO	DESCRIPCIÓN DE LA MERCANCÍA	MONTO SOLICITADO TOTAL:
MERCANCÍA E INSUMOS \$ _____ (PESOS MEXICANOS)		
MOBILIARIO Y EQUIPO: \$ _____ (PESOS MEXICANOS)		\$ _____

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. 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. 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/ImpulsaBC>

Los programas de apoyo de la **Secretaría de Economía e Innovación de Baja California** son públicos ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido su uso y difusión para fines distintos al desarrollo social económico. La falsificación y/o alteración de documentos públicos o privados constituye un delito penado en el Estado Baja California.

¡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 y emite tu queja en la página de internet <http://www.bajacalifornia.gob.mx/shfp/CS>

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

NOMBRE Y FIRMA DE LA SOLICITANTE

CROQUIS DE UBICACIÓN DEL NEGOCIO:

