



¡Despega!



empréndete

CENTRO DE RECURSOS EMPRESARIALES

PROGRAMA ESTATAL DE FRANQUICIAS

¿Cuentas con un negocio exitoso?

¡Conviértelo en Franquicia!



1

Modelo comercial

Definición del negocio, misión, visión, objetivos y claves para el éxito.

2

Estructura organizacional

Organización de Corporativo y filiales.

3

Legalidad de la franquicia

Condiciones de licencia de uso de marca y venta de franquicia: Prestaciones, contraprestaciones y territorio.

4

Logística

Logística y relación entre corporativo y puntos de venta.

5

Mercado

Estandarización de imagen de establecimiento y productos, menú, precio, promociones y publicidad.

6

Finanzas

Diseño de la viabilidad financiera de la franquicia, proyecciones financieras, ROA, VPN y VF.

- Dirigido a empresas con una modelo de negocio distintivo y un nivel maduro en su operación.
- Desarrollo de infraestructura documental y legal necesaria para la creación del esquema de franquicias.
- Aportación \$50,000 pesos por empresa, el 10% del valor comercial de los servicios.



Programa Estatal de **Franquicias**





REQUISITOS PARA EL PROGRAMA FRANQUICIAS

Fecha: _____

Nombre de la empresa: _____

Fase 1. Requisitos generales

- Solicitud
- Comprobante de domicilio fiscal.
- Identificación oficial del representante legal.
- RFC y/o Acta constitutiva según aplique (que incluya actividad, dirección y obligaciones.)
- Estados financieros y/o declaración anual de 2014.
- Carta bajo protesta de decir verdad en donde manifieste que no ha recibido un apoyo del mismo tipo por parte de otra dependencia o entidad del Gobierno Estatal y/o Federal.
- Carta de opinión del SAT de cumplimiento de obligaciones fiscales
- Diagnóstico de viabilidad de franquicia.

Fase 2. En caso de que sea favorable su evaluación deberán entregar

- Comprobante de Aportación.
- Carta compromiso de Desarrollo del Proceso

Fase 3. Al finalizar el apoyo

- Copia de documento realizado.
- Carta Satisfacción, donde describe que esta de acuerdo con el servicio recibido.
- Carta Compromiso, donde se establece que la empresa iniciará a promocionar el modelo de negocio en un plazo no mayor a 6 meses. (Evidencia de la promoción)
- Copia de Contrato de la franquicia vendida (En caso de que se de, en el corto plazo).



SECRETARIA DE DESARROLLO ECONÓMICO DE BAJA CALIFORNIA
PROGRAMAS DE APOYO PARA MIPYMES

SOLICITUD DE APOYO PARA:

- SOLARIZATE REMODELATE REIMAGINATE SECTOR MÉDICO FORMALIZATE
 BAJA CALIFORNIA EXPORTA PREPARATE FRANQUICIAS

Fecha _____

DATOS DE LA EMPRESA			
Denominación y/o razón social:	_____		
Actividad empresarial:	_____		
Antigüedad del negocio:	_____	RFC:	_____
Sitio web:	_____		
Empleos conservados:	_____		
Empleos a generar	hombres	mujeres	Total de empleos conservados (h+m)
	_____	_____	_____
Ventas iniciales	hombres	mujeres	Total de empleos a generar (h+m)
	_____	_____	_____
	Ventas finales		_____
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre del representante legal	_____		
	(nombre, apellido paterno y materno)		
Domicilio particular	_____		
	calle-número exterior / interior - fraccionamiento - código postal		
Escolaridad	_____	Estado civil	_____
Correo Electronico	_____		
Teléfono (lada)	_____	Celular	_____
UBICACIÓN DE LA EMPRESA			
Domicilio fiscal	_____		
	calle-número exterior / interior - fraccionamiento - localidad - código postal		
Entre vialidades:	_____		
Nombre de Vialidad 1	_____		
Nombre de Vialidad 2	_____		
Nombre de Vialidad posterior	_____		
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERDICA Y ASIMISMO QUE NO HA SIDO REVOCADO MI NOMBRAMIENTO NI LIMITADAS MIS FACULTADES EN FORMA ALGUNA A ESTA FECHA. EN ESTE ACTO AUTORIZO AL FIDEICOMISO PARA EL DESARROLLO ECONOMICO DE BAJA CALIFORNIA (FONDOS BC), A VERIFICAR LA AUTENTICIDAD DE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN CUALQUIER MOMENTO QUE LO JUZGUE NECESARIO, ASIMISMO EL FIDEICOMISO PODRÁ SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE			

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA



**FORMATO DE AUTOEMPLEO
MICROEMPRESA Y/O EMPRENDEDOR**

Información General

Nombre del Programa: _____

Fecha de inicio de operaciones (dd/mm/año): _____

Datos de la empresa

Razón social del negocio/empresa: _____

Giro principal: _____

Sector al que pertenece: _____

RFC (con homoclave): _____

Domicilio de la empresa

Calle y número: _____

Colonia: _____

Código Postal: _____

Delegación o municipio: _____

Entidad Federativa: _____

Teléfono (Lada+No.): _____

Fax (Lada+No.): _____

e-mail: _____

Datos de autoempleo

Nombre del Empleado: _____

Identificación oficial que adjunta: _____

RFC (con homoclave), en su caso: _____

Salario mensual: _____

Teléfono (Lada+No.): _____

Fax (Lada+No.): _____

Celular: _____

e-mail: _____

Nombre y firma del Beneficiario

Nombre y firma del empleado