



SEBISED
SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL
DEL ESTADO DE DURANGO



PROGRAMA ESTATAL DE UNIFORMES ESCOLARES GRATUITOS

FECHA

GUIA DE REGISTRO PARA PERSONAS FÍSICAS O MORALES

Seleccione la categoría :

☐ Taller social (1-10 empleados)

☐ Participante por un año o mas en el programa de Uniformes E.

☐ Pequeña empresa (11-50 empleados)

☐ Nuevo en el Programa de Uniformes E.

☐ Cooperativa o Asociación

Registro de Proveedor de Gobierno:

DATOS DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Tipo de identificación oficial ()Elector ()Pasaporte ()Cartilla militar	Folio de identificación oficial
Registro Federal de Causante (RFC)	Tipo de contribuyente () Régimen de incorporación fiscal	No. de registro patronal (IMSS)
Inscripción al RFC	() Personas físicas con actividad fiscal	
Sexo () Femenino () Masculino		

DATOS DEL DOMICILIO DE FACTURACIÓN

Calle y número	Colonia	Municipio
Entre la calle de	Y de	Código postal
Teléfono con lada	correo electrónico	Sitio web

DATOS DEL CONTACTO PRINCIPAL

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Teléfono con lada	Celular con lada	

DATOS DEL CONTACTO ADICIONAL

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Teléfono con lada	Celular con lada	

PROGRAMA ESTATAL DE UNIFORMES ESCOLARES GRATUITOS

TALLERES DE FABRICACIÓN

Nombre comercial del taller de fabricación

Calle y número

Colonia

Municipio

Entre la calle de

Y de

Municipio

Código postal

Teléfono con lada

EN CASO DE CONTAR CON OTRA SEDE, FAVOR DE INDICAR

Nombre comercial del taller de fabricación

Calle y número

Colonia

Municipio

Entre la calle de

Y de

Municipio

Código postal

Teléfono con lada

PROGRAMA ESTATAL DE UNIFORMES ESCOLARES GRATUITOS

EMPLEOS TEMPORALES

Nota: los empleos son los dados de alta en el IMSS.

EMPLEADO 1		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio	Teléfono con lada	
EMPLEADO 2		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio	Teléfono con lada	
EMPLEADO 3		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio	Teléfono con lada	
EMPLEADO 4		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio	Teléfono con lada	
EMPLEADO 5		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio	Teléfono con lada	
EMPLEADO 6		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio	Teléfono con lada	
EMPLEADO 7		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio	Teléfono con lada	

PROGRAMA ESTATAL DE UNIFORMES ESCOLARES GRATUITOS

EMPLEOS TEMPORALES

Nota: los empleos se generan durante el programa.

EMPLEADO 1		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio		Teléfono con lada
EMPLEADO 2		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio		Teléfono con lada
EMPLEADO 3		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio		Teléfono con lada
EMPLEADO 4		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio		Teléfono con lada
EMPLEADO 5		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio		Teléfono con lada
EMPLEADO 6		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio		Teléfono con lada
EMPLEADO 7		
Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio		Teléfono con lada

PROGRAMA ESTATAL DE UNIFORMES ESCOLARES GRATUITOS

CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CAPACIDAD INSTALADA DE UN TALLER DE CONFECCIÓN TEXTIL.

DIRECTORIO

Nombre de la empresa: _____

Dirección: _____

Población: _____

Nombre del representante legal: _____

LOGÍSTICA (CONTESTE SÍ O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS)

SÍ NO

1.-	¿Cuenta usted dentro de las instalaciones físicas de su taller o negocio un área de trabajo con un espacio destinado a las actividades administrativas? Si la respuesta es no, especifique el lugar, y cuanto tiempo tarda en desplazarse a ese lugar y si es en coche o caminando, además incluya la dirección.	☐	☐
2.-	¿Cuenta usted con un sistema de contabilidad en su taller o empresa? Si la respuesta es sí, mencione cual sistema y mencione también si tiene una persona específica destinada para ello, si esa persona es interna o externa.	☐	☐
Si la respuesta es no, mencione el sistema que emplea para llevar la organización contable.			
3.-	¿Tiene usted una planificación de los recursos económicos con los que cuenta su empresa?	☐	☐
4.-	¿Tiene usted una calendarización de actividades relacionadas con su taller o negocio?	☐	☐
5.-	¿Capacita usted con regularidad al personal que labora en su taller o negocio? Si la respuesta es no, mencione los criterios que utiliza para la selección del personal.	☐	☐
6.-	¿Tiene usted dentro de las instalaciones físicas de su taller o negocio teléfono fijo e internet?	☐	☐
7.-	¿Sabe usted navegar en internet?	☐	☐
8.-	¿Sabe usted enviar y recibir correos electrónicos?	☐	☐
9.-	¿Sabe usted escanear documentos?	☐	☐
10.-	¿Dentro de su taller o negocio, ¿tiene bien definidos los puestos de trabajo del personal que ahí labora? Si la respuesta es no, mencione los mecanismos que utiliza para organizar actividades diarias de su taller o negocio?	☐	☐

PROGRAMA ESTATAL DE UNIFORMES ESCOLARES GRATUITOS

CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CAPACIDAD INSTALADA DE UN TALLER DE CONFECCIÓN TEXTIL

		SI	NO
11.-	¿Cuenta usted con personal suplente en caso de accidente laboral, enfermedad o fallecimiento de su plantilla fija de trabajadores? Si la respuesta es no, comente los mecanismos que utiliza en los casos anteriormente mencionados para cumplir con los objetivos del día en la producción?	☐	☐
12.-	¿Su negocio o taller se encuentra ubicado en el centro de la ciudad o población?	☐	☐
13.-	¿Su negocio o taller se encuentra ubicado en un lugar de fácil localización y fácil acceso?	☐	☐
14.-	¿Su negocio o taller se encuentra situado en la zona urbana del municipio al que pertenece o en la zona rural? Si se encuentra en la zona rural, mencione a que distancia se encuentra de la cabecera municipal, y cuál es el tiempo estimado del recorrido en coche?	☐	☐
15.-	¿Tiene usted algún convenio con empresas de mensajería o paquetería con tarifas especiales?	☐	☐
16.-	¿Cuenta usted con algún vehículo destinado al uso de su taller o negocio?	☐	☐
EXPERIENCIA EN EL RAMO			
1.-	¿Tiene usted experiencia en el ramo de la confección de prendas de vestir? Si la respuesta es sí, mencione cuantos años y explique brevemente su actividad en el ramo.	☐	☐
2.-	¿Tiene usted experiencia en el programa de los uniformes gratuitos del Gobierno del Estado de Durango ? Si la respuesta es sí, especificar:	☐	☐
MAQUINARIA			
1.-	¿Cuenta en su taller o negocio con máquinas de coser industriales tipo recta? Si la respuesta es sí, diga cuántas, marca, modelo, año que las adquirió y cuántas horas las utiliza diariamente.	☐	☐
2.-	¿Cuenta en su taller o negocio con máquinas de coser tipo overlock? Si la respuesta es sí, diga cuántas, marca, modelo, año que las adquirió y cuántas horas las utiliza diariamente.	☐	☐

PROGRAMA ESTATAL DE UNIFORMES ESCOLARES GRATUITOS

CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CAPACIDAD INSTALADA DE UN TALLER DE CONFECCIÓN TEXTIL.

- 3.- ¿Cuenta en su taller o negocio con máquinas de coser industriales tipo multiaguja (también conocida como resortera o elastiguera)? ☐ SI ☐ NO
Sí la respuesta es sí, diga cuántas,marca,modelo,año que las adquirió y cuántas horas las utiliza diariamente.

- 4.- ¿Cuenta en su taller o negocio con máquinas de coser industriales tipo botonadora? ☐ ☐
Sí la respuesta es sí, diga cuántas,marca,modelo,año que las adquirió y cuántas horas las utiliza diariamente.

- 5.- ¿Cuenta en su taller o negocio con máquinas de coser industriales tipo ojaleadora? ☐ ☐
Sí la respuesta es sí, diga cuántas,marca,modelo,año que las adquirió y cuántas horas las utiliza diariamente.

- 6.- ¿Cuenta en su taller o negocio con máquinas de coser industriales tipo coverlock? ☐ ☐
Sí la respuesta es sí, diga cuántas,marca,modelo,año que las adquirió y cuántas horas las utiliza diariamente.

- 7.- ¿Cuenta en su taller o negocio con máquinas de coser industriales tipo presilladora? ☐ ☐
Sí la respuesta es sí, diga cuántas,marca,modelo,año que las adquirió y cuántas horas las utiliza diariamente.

PROGRAMA ESTATAL DE UNIFORMES ESCOLARES GRATUITOS

CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CAPACIDAD INSTALADA DE UN TALLER DE CONFECCIÓN TEXTIL.

8.- ¿Cuenta en su taller o negocio con máquinas de coser industriales tipo prefinadora? ☐ ☐

Sí la respuesta es sí, diga cuántas, marca, modelo, año que las adquirió y cuántas horas las utiliza diariamente.

9.- ¿Cuenta en su taller o negocio con máquinas de coser industriales tipo zig-zag? ☐ ☐
Sí la respuesta es sí, diga cuántas, marca, modelo, año que las adquirió y cuántas horas las utiliza diariamente.

10.- ¿Cuenta en su taller o negocio con máquinas fusionadoras de uso doméstico? ☐ ☐
Sí la respuesta es sí, diga cuántas, marca, modelo, año que las adquirió y cuántas horas las utiliza diariamente.

11.- ¿Cuenta en su taller o negocio con máquinas fusionadoras de uso semi industrial? ☐ ☐
Sí la respuesta es sí, diga cuántas, marca, modelo, año que las adquirió y cuántas horas las utiliza diariamente.

PROGRAMA ESTATAL DE UNIFORMES ESCOLARES GRATUITOS

CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CAPACIDAD INSTALADA DE UN TALLER DE CONFECCIÓN TEXTIL.

ACCESORIOS DE LAS MÁQUINAS INDUSTRIALES

SÍ NO

- 1.- ¿Tiene habilitadas máquinas de coser rectas industriales y/o familiares para realizar ojales, colocar botones, poner pretinas o algún otro terminado?
Sí la respuesta es sí, mencione cuántas para hacer ojal, cuántas para poner botón, cuántas para poner pretinas, incluya modelo y marca.

☐ ☐

- 2.- ¿Realiza alguna de estas operaciones subcontratando?
Si la respuesta es sí, mencione cuáles operaciones:

☐ ☐

INSTALACIONES

Especifique las medidas (en metros) de su taller de costura o negocio, en donde confeccionará los uniformes.

Especifique las medidas (en metros) del área de su taller de costura o negocio, en donde se encuentran solamente ubicadas las máquinas de coser de cualquier tipo.

Especifique las medidas (en metros) del área de su taller de costura o negocio, en donde se realiza el control de calidad de las prendas.

CONTESTE SÍ O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

SÍ NO

- 1.- ¿Cuando las prendas han sido aprobadas por control de calidad, y el siguiente paso es almacenarlas, ¿las almacena en cajas?

☐ ☐

Sí la respuesta es sí, especifique el material (cartón, madera, etc.).

Si la respuesta es no, especifique el proceso de almacenamiento.

- 2.- ¿Cuenta usted con un almacén para las prendas ya embaladas?
Sí la respuesta es sí, especifique si este almacén se encuentra dentro de su taller o negocio y las medidas.

☐ ☐

Si la respuesta es no, especifique en donde se encuentra este almacén, especifique cuanto tiempo tardaría en desplazarse de su taller o negocio en coche.

PROGRAMA ESTATAL DE UNIFORMES ESCOLARES GRATUITOS

CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CAPACIDAD INSTALADA DE UN TALLER DE CONFECCIÓN TEXTIL.

DE LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN (CONTESTE SEGÚN SE LE INDICA)

SÍ NO

- 1.- ¿Tiene usted un sistema para el ensamblado de una prenda?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

- 2.- Mencione los tiempos de ensamble de una playera tipo polo de manga corta con puños acanalados, cuello acanalado y aletilla con 2 botones.

☐	☐
--------------------------	--------------------------

- 3.- ¿Tiene usted contabilizado el tiempo que se necesita para cada operación en el proceso de confección de una prenda una vez que ha sido cortada?
Si la respuesta es sí, mencione cuánto tarda en ensamblar una chamarra y cuanto una pantalonera:

☐	☐
--------------------------	--------------------------

- 4.- ¿Considera usted que necesitaría apoyo y/o capacitación que le ayude a agilizar el proceso de producción así como la organización de su taller o negocio?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Si la respuesta es NO, favor de especificar

- 5.- ¿Considera usted que necesitaría apoyo y/o capacitación que le ayude a agilizar el proceso de producción así como la organización de su taller o negocio?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

BORDADO PLAYERA TIPO POLO

BORDADO SUDADERA

CONFECCIÓN PLAYERA TIPO POLO

CONFECCIÓN DE SUDADERA DEPORTIVA Y PANTS.

PROGRAMA ESTATAL DE UNIFORMES ESCOLARES GRATUITOS

CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CAPACIDAD INSTALADA DE UN TALLER DE CONFECCIÓN TEXTIL.

1.- ¿En su taller social o pequeña empresa cuenta con personal laborando con alguna discapacidad?

☐☐

2.- ¿ Cuantas personas del total de sus empleados cuentan con alguna discapacidad?

3.- ¿Que tipo de discapacidad es con la que cuentan los empleados arriba mencionados?

FECHA DE VERIFICACIÓN

NOMBRE Y FIRMA DEL DUEÑO DEL TALLER

NOMBRE Y FIRMA DEL VERIFICADOR

CARTA COMPROMISO

FECHA _____

En cumplimiento a lo dispuesto en la Convocatoria publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango para el registro de todas las MIPYMES o Talleres Sociales del Estado de Durango, con experiencia en el ramo textil, interesadas en participar en el proceso de elaboración de Uniformes Escolares:

YO, _____

Me comprometo a lo siguiente:

1. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que, no pertenezco a otra MIPYME o Taller Social, de nueva creación o alguna otra persona física o moral de cualquier naturaleza, que se encuentre inscrita como MIPYME que no sea con la que participo;
2. Someterme a las disposiciones, reglas, calendario de ejecución y especificaciones técnicas establecidas por el proveedor responsable y la convocante relativa al Programa 2024-2025;
3. Conocer y someterme legalmente a las siguientes normativas: Ley General de Responsabilidades Administrativas, Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Estado de Durango, Decreto Administrativo del Programa de Uniformes Escolares en Instituciones Públicas para los Alumnos de Educación Básica durante el ciclo Escolar 2024-2025, en el Estado de Durango y Reglas de Operación;
4. Aceptar lo evaluado por la SEBISED respecto a mi registro como MIPYME, de igual forma me someto a los actos derivados del proceso de adquisición, así como lo establecido en la convocatoria;
5. No subcontratar con otros, en todo o en partes, la mano de obra del proceso de producción que me sea designado; y
6. Ser solidariamente responsable del cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato con el Proveedor.

ATENTAMENTE



Blvd. Domingo Arrieta No. 200,
Fracc. Domingo Arrieta.
C.P. 34180 Durango, Dgo.
Tel. 618 137 94 92 / 618 137 95 02
bienestarsocial.durango.gob.mx

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Durango, Dgo., a ____ de _____ de 2024

Por medio de la presente, y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6 inciso A, fracción II y 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 29 fracción III de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango; artículo 24, 25 fracción XV y 63 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Durango; artículos 1, 2, 3 fracciones II, III, IX, X, XI, XII y del artículo 4 al 23 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Durango y demás leyes inherentes en la materia, declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que la Secretaría de Bienestar del Estado de Durango (SEBISED), me informó en el Aviso de Privacidad sobre el tratamiento que se les dará a mis datos personales el cual también es público y consultable a través del portal de internet www.bienestarsocial.gob.mx. Derivado de las relaciones legales, contractuales, comerciales y/o de cualquier otra que surja, en desarrollo y ejecución de los fines descritos en el presente documento.

La aportación de dichos datos es necesaria para que la dependencia antes mencionada cumpla con sus obligaciones de transparencia, siendo estos los siguientes:

- Datos de identificación; nombre completo, edad, fecha de nacimiento, género, estado civil, domicilio (número interior, exterior, colonia, municipio, Estado, código postal), nacionalidad, correo electrónico, teléfono fijo y/o celular, Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.), Clave Única de Registro de Población (C.U.R.P.), datos personales contenidos en documentos de identificación (INE, Cartilla, Acta de Nacimiento, comprobante de domicilio, acta constitutiva, etc.), firma autógrafa.
- Datos patrimoniales y financieros: Constancia de Situación Fiscal, número de cuenta bancaria y clabe interbancaria.

Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible, como titular de los datos personales y/o representante legal, previa identificación, que puedo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición (Derechos ARCO) al manejo de datos personales y del domicilio de la Unidad de Transparencia ante la cual puedo hacerlos valer.

Finalmente, y mediante la firma del presente documento otorgo mi consentimiento y acepto el tratamiento de mis datos personales, quedando bajo su más estricto resguardo y protección, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables en materia de Protección de Datos Personales y de Responsabilidades Administrativas.

Nombre Completo.

Firma.