|  |
| --- |
| AGROASEMEX, S.A. |
| **Anexo “A1”****Cédula de Inscripción, para los Organismos Integradores Estatales, Locales o Nacional, al Sistema Nacional de Aseguramiento Agropecuario**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Homoclave del Trámite (COFEMER) |  | Folio: |
| AGROASEMEX-00-001 |  | 000 |
| Fecha de publicación del formato en el DOF: |  | Fecha de solicitud del Trámite: |
| 26/12/2017 |  | dd/mm/aaaa |

|  |
| --- |
| 1. Razón o Denominación Social del Organismo Integrador
 |

|  |
| --- |
| Solicitud de Inscripción y Declaración de Adhesión al Sistema Nacional de Aseguramiento Agropecuario. |

|  |
| --- |
| En nombre de mi representada, solicito su inscripción en el Sistema Nacional de Aseguramiento Agropecuario, por lo cual manifestó expresamente su conformidad en sujetarse a lo dispuesto por las Reglas de Operación del Programa de Aseguramiento Agropecuario y a los Lineamientos para la aplicación de las mencionadas Reglas, expedidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. |

|  |
| --- |
| Datos del Organismo Integrador |

|  |  |
| --- | --- |
| (2) No. De la Escritura constitutiva:  | (6) Fecha de Constitución:  |
| (3) Notario:  | (7) Duración:  |
| (4) Datos de Inscripción en el R.P.P. y C.  | (8) Nombre de los Fondos de Aseguramiento u Organismos Integradores Afiliados:  |
| (5) No. de Autorización o Registro ante SHCP:  | (9) Registro Federal de Contribuyentes:  |

|  |
| --- |
| Representante Legal |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (10) Cargo: | (11) Nombre(s): | Primer Apellido |  Segundo Apellido |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| (12) Número de Escritura Poder:  |
|  |

|  |
| --- |
| Persona(s) Autorizada(s) para Realizar los Trámites del Componente de Apoyos |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (13) Cargo: | (14) Nombre(s): | Primer Apellido | Segundo Apellido | (15) Firma |
|  |  |  |  |  |
| (16) Escritura Poder:  |

|  |
| --- |
| Domicilio Fiscal |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Tipo de vialidad:(Por ejemplo: Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros.) |
| (17) Nombre de vialidad: |
| En caso de ser carretera llenar la siguiente información: |
| Tipo de administración (marcar con una X):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Federal |  Estatal |  Municipal |

 |
| Derecho de Tránsito (marcar con una X):

|  |  |
| --- | --- |
|  Libre |  Cuota |

 |
| Código de la carretera:  |
| Tramo de la carretera:  |
| Cadenamiento:  |
| En caso de ser camino llenar la siguiente información: |
| Término Genérico (marcar con un X):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Brecha | Camino | Terracería | Vereda |

 |
| Tramo del camino: |
| Margen (marcar con una X):

|  |  |
| --- | --- |
|  Derecho |  Izquierdo |

 |
| Cadenamiento: |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| (18) Código postal:  | Número interior:  |
| (19) Localidad:  |
| (20) Número/s) de teléfono:  |
| (21) Número exterior:  |
| (22) Nombre del Municipio o Delegación:  |
| (23) Correo electrónico:  |
| (24) Fax:  |
| (25) Nombre del Estado o Distrito Federal:  |
| (26) Nombre de la colonia o asentamiento humano:  |

 |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Para Beneficiarios del Componente de Apoyo a los Fondos de Aseguramiento Agropecuario |

|  |
| --- |
| Razón o denominación social del Organismo Integrador Estatal, Local o Nacional: |

|  |
| --- |
| Cuenta Bancaria para el depósito del Componente de Apoyo a los Fondos de Aseguramiento Agropecuario |

|  |  |
| --- | --- |
| (27) Nombre del Banco:  | (31) Municipio:  |
| (28) Sucursal:  | (32) CLABE:  |
| (29) Localidad:  | (33) Estado:  |
| (30) Número de Cuenta:  | (34) Colonia:  |

 Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la información contenida en la presente cédula es verídica y que las facultades y representación otorgada en mí favor, no me han sido modificada, limitada ni revocada en forma alguna.En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ |

ATENTAMENTE

EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL ORGANISMO INTEGRADOR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRESIDENTE | SECRETARIO | TESORERO |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nombre, firma ydomicilio particular) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nombre, firma ydomicilio particular) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nombre, firma ydomicilio particular) |