**A QUIEN CORRESPONDA.**

Bajo protesta de decir verdad, el que suscribe (nombre de la persona que funge como agente de cambio), quien presta servicios profesionales a (Unidad de producción solicitante),como Agente de cambio responsable del servicio de Capacitación y Asistencia Técnica Agropecuarias, manifiesto:

1. Contar con estudios profesionales a nivel licenciatura o nivel técnico profesional concluido, preferentemente titulado, y eventualmente estudios de especialización acordes al programa de trabajo a desarrollar, para lo cual entrego *curriculum vitae* (2 hojas máximo) e incluyo copia de carta pasante, certificado, título o cédula profesional.
2. Contar con experiencia comprobable en actividades y servicios profesionales enfocados a procesos productivos, de transformación y comercialización, en estrategias agroalimentarias y del sector rural, para lo cual adjunto al *curriculum* fotocopias de diplomas, constancias, cartas de recomendación, entre otros, que evidencia la experiencia en el programa de trabajo a desarrollar.
3. No encontrarme en ninguno de los siguiente supuestos:
4. Pertenecer a la Unidad de producción a la cual brinda el servicio;
5. Ser pariente en primer grado de alguna de las personas integrantes;
6. Proveer de insumos o equipo durante la vigencia del programa de trabajo de la Unidad de producción solicitante.
7. Conocer las Reglas de Operación de las Reglas de operación del Programa de Desarrollo de Capacidades y Asistencia Técnica Agropecuarias para el ejercicio fiscal de 2018.
8. Asistir a reuniones y capacitaciones convocadas por la SDAyR e Institución de seguimiento y me apegaré a los cronogramas de trabajo establecidos para la entrega de productos.
9. Contar con amplia disponibilidad para atender las necesidades de la Unidad de producción solicitante, conforme a sus requerimientos en fechas y tiempos.
10. Contar con el correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mismo que utilizaré como dirección formal para recibir cualquier tipo de información, correspondencia o notificación, referente al servicio que pretendo brindar a la Unidad de producción solicitante, tanto como parte de las personas encargadas de la operación del Programa como de la Institución de seguimiento.
11. En caso de resultar autorizado el servicio, proporciono los datos siguientes para objeto de contacto directo y realización de depósito de los servicios.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del agente de cambio |  |
| CLABE (que coincida con el nombre) y banco |  |
| Domicilio |  |
| Teléfono fijo |  |
| Teléfono celular |  |
|  |  |

**A t e n t a m e n t e**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma de agente de cambio**

**Nota: Este formato deberá ser requisitado en medio electrónico**