|  |  |
| --- | --- |
| http://dof.gob.mx/imagenes_diarios/2013/06/14/MAT/stps2a11_Cimg_29889.png | **SUBSECRETARÍA DE INCLUSIÓN LABORAL DIRECCIÓN GENERAL DE CAPACITACIÓNELABORACIÓN DE PLANES Y PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO YPRODUCTIVIDAD Formato DC-2 ELABORACIÓN DEL PLAN Y PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN,ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD** |
| DATOS DE LA EMPRESA |
| Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)) |
| Registro Federal de Contribuyentes con homoclave | Registro patronal del I.M.S.S.(Una letra o un número y 10 dígitos) |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Clave Única de Registro de Población. - En caso de persona física \* |
| Calle                                                                   No. Exterior         No. Interior             Colonia |
| Código postal | Entidad federativa | Municipio o delegación política |
|   |   |   |   |   |
| Localidad | Teléfono (s) |
| Correo electrónico\*  | Fax \* |
| Actividad o giro principal |
| Número de trabajadores considerados en el Plan  | Total | Mujeres\* | Hombres\* |

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN Y PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD |
| **Objetivos del plan de capacitación** Señalar del 1 al 5 en donde 1 es el másimportante | **Modalidad de la capacitación** Marcar con una X la modalidadcorrespondiente |
| Actualizar y perfeccionar conocimientos y habilidades y proporcionar información de nuevas tecnologíasPrevenir riesgos de trabajoIncrementar la productividadMejorar el nivel educativoPreparar para ocupar vacantes o puestos de nueva creación |   |   |   |   |   |
|   |
|   |
|   | Plan y programas específicos de la empresa |   |   |
|   | Plan y programas comunes de un grupo de empresas |   |   |
|   | Sistema general de una rama de actividad económica |   |   |
|   |   |
| Número de establecimientos en los que rige el plan contando  | Periodo de vigencia del plan (No deberá exceder de dos años) |
| el señalado anteriormente1 |   |   |   |   | **De****l** | Año | Mes | Día |   | Año | Mes | Día |
| Número de etapas del plan |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **al** |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Los datos se proporcionan bajo protesta de decir verdad, apercibido de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.** |
|   |   |   |
|   | Nombre y firma del patrón o representante legal de la empresa **Lugar y fecha****de elaboración de este informe** |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   | Año | Mes | Día |   |

**NOTAS E INSTRUCCIONES**

1      Asentar en el reverso de este formato el domicilio completo, R.F.C. y registro del I.M.S.S. de los establecimientos adicionales en los que rigen el plan y los programas. Si el reverso del formato no es suficiente para relacionar los establecimientos, puede reproducirlo cuantas veces sea necesario.

-      Llenar el formato y conservarlo en los registros internos de la empresa, junto con el nombre y objetivos de los programas o cursos de capacitación, los contenidos de éstos, los puestos de trabajo a los que están dirigidos; así como el procedimiento de selección utilizado para capacitar a los trabajadores de un mismo puesto y categoría. Asimismo, las acciones a realizar con respecto a los temas de productividad.

-      Llenar a máquina o con letra de molde.

\*      Datos no obligatorios

DC-2 ANVERSO

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| ESTABLECIMIENTOS EN LOS QUE RIGE EL PLAN Y PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO YPRODUCTIVIDAD |
| Númeroconsecutivo | Domicilio (Anotar el domicilio conforme a los datossolicitados en el anverso de este formato, para cada unode los establecimientos adicionales ) | R.F.C. con homoclave(SHCP) | Registro patronaldel I.M.S.S. |
|   |   |   |   |

Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación al Teléfono 2000-5126 o realizar la consulta al correo electrónico registro@stps.gob.mx

DC-2 REVERSO