|  |  |
| --- | --- |
|  http://dof.gob.mx/imagenes_diarios/2013/06/14/MAT/stps2a11_Cimg_0.png | **SUBSECRETARÍA DE INCLUSIÓN LABORAL DIRECCIÓN GENERAL DE CAPACITACIÓN****CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO YPRODUCTIVIDAD****Formato DC-1 INFORME SOBRE LA CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA 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 (SHCP) | Registro patronal del I.M.S.S.(Una letra o número y 10 dígitos) |
|   |   |   |   | -- |   |   |   |   |   |   | -- |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | -- |   |
| Clave Única de Registro de Población. - En caso de persona física \* |
| Calle                                                                      No. Exterior         No. Interior         Colonia |
| Código postal (5 dígitos) | Entidad federativa | Municipio o delegación política |
|   |   |   |   |   |
| Localidad | Teléfono(s) |
| Actividad o giro principal | Número de trabajadores de la empresa |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA COMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD** |
| Número de establecimientos en que rige 1 | Número total de integrantes | Fecha deconstitución | Año | Mes | Día |
|   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Los datos se proporcionan bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquél 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 esta forma el domicilio completo, R.F.C. y registro del I.M.S.S., de los establecimientos adicionales en donde rige la comisión. Si el reverso del formato no es suficiente para relacionar los establecimientos, puede reproducirlo cuantas veces sea necesario.

-    Llenar un formato por cada comisión mixta que exista en la empresa.

-    Llenar a máquina o con letra de molde.

-    Llenar el formato y conservarlo en los registros internos de la empresa, junto con la documentación de la integración y funcionamiento de la comisión mixta y las actividades durante los últimos doce meses.

\*    Datos no obligatorios

DC-1 ANVERSO

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| ESTABLECIMIENTOS EN LOS QUE RIGE LA COMISIÓN MIXTA 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-1 REVERSO