|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 de  constitución | | | | 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