|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 más importante | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Modalidad de la capacitación** Marcar con una X la modalidad correspondiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actualizar y perfeccionar conocimientos y habilidades y proporcionar información de nuevas tecnologías  Prevenir riesgos de trabajo  Incrementar la productividad  Mejorar el nivel educativo  Preparar 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