

SUBSECRETARÍA DE DESARROLLO HUMANO PARA EL TRABAJO PRODUCTIVO
DIRECCIÓN GENERAL DE CAPACITACIÓN
 Aprobación de Planes y Programas de Capacitación y Adiestramiento
PRESENTACIÓN DEL PLAN Y PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO
Formato DC-2



DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))					
Registro Federal de Contribuyentes (SHCP)			Registro patronal del I.M.S.S.		
Calle		No. Ext.	No. Int.	Colonia	
Localidad		Código postal	Municipio o delegación política		
Entidad federativa		Teléfono (s)		Fax (Opcional)	
Correo electrónico (opcional)			Clave Única de Registro de Población C.U.R.P. - En caso de persona física (Opcional)		
Actividad o giro principal					
Número de trabajadores de la empresa (Opcionales excepto el total)	Total	Menores	Discapacitados	Adultos mayores	Indígenas
	Hombres (Opcionales)				
	Mujeres (Opcionales)				
Tipo de contrato (Marcar con una X)			Fecha de celebración o revisión del Contrato Colectivo o Contrato Ley		
Individual <input type="checkbox"/>	Colectivo <input type="checkbox"/>	Ley <input type="checkbox"/>	Año	Mes	Día

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN Y LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO

Objetivos del plan de capacitación Señalar del 1 al 5 en orden descendente de importancia			Modalidad de la capacitación Marcar con una X la modalidad correspondiente		
Actualizar y perfeccionar conocimientos y habilidades <input type="checkbox"/> Proporcionar información de nuevas tecnologías <input type="checkbox"/> Preparar para ocupar vacantes o puestos de nueva creación <input type="checkbox"/> Prevenir riesgos de trabajo <input type="checkbox"/> Incrementar la productividad <input type="checkbox"/>			Plan y programas específicos de la empresa <input type="checkbox"/> Planes y programas comunes de un grupo de empresas <input type="checkbox"/> Sistema general de una rama de actividad económica <input type="checkbox"/>		
Número de establecimientos en los que rige el plan */		Periodo de vigencia del plan (No deberá exceder de cuatro años) Año Mes Día Año Mes Día			
Número de etapas del plan		Del _____ al _____			

LA EMPRESA DECLARA QUE TIENE EN REGISTROS INTERNOS, A DISPOSICIÓN DE LA SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL, LA INFORMACIÓN SOBRE EL NOMBRE, OBJETIVOS Y CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN Y LOS PUESTOS A LOS QUE ESTÁN DIRIGIDOS.

Los datos se proporcionan bajo protesta de decir la verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con la verdad.

 Nombre y firma del patrón o representante legal de la empresa

 Lugar y fecha de elaboración de este informe

 Año Mes Día

*/ 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 los que rigen el plan y los programas.

NOTAS

- Llenar a máquina o con letra de molde
- Escribir con letra de molde, arriba de la homoclave del Registro Federal de Contribuyentes, el nombre de los números o letras que la conforman.
- Entregar el formato a la autoridad laboral solamente en original. En su caso, puede presentar una copia si requiere que se le acuse de recibo.