



SECRETARÍA DEL TRABAJO  
Y PREVISIÓN SOCIAL

**SUBSECRETARÍA DE INCLUSIÓN LABORAL  
DIRECCIÓN GENERAL DE CAPACITACIÓN**

**ELABORACIÓN DE PLANES Y PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD  
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**

<p><b>Objetivos del plan de capacitación</b> Señalar del 1 al 5 en donde 1 es el más importante</p> <p>Actualizar y perfeccionar conocimientos y habilidades y proporcionar información de nuevas tecnologías <input type="checkbox"/></p> <p>Prevenir riesgos de trabajo <input type="checkbox"/></p> <p>Incrementar la productividad <input type="checkbox"/></p> <p>Mejorar el nivel educativo <input type="checkbox"/></p> <p>Preparar para ocupar vacantes o puestos de nueva creación <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Modalidad de la capacitación</b> Marcar con una X la modalidad correspondiente</p> <p>Plan y programas específicos de la empresa <input type="checkbox"/></p> <p>Plan y programas comunes de un grupo de empresas <input type="checkbox"/></p> <p>Sistema general de una rama de actividad económica <input type="checkbox"/></p>
--	---

Número de establecimientos en los que rige el plan contando el señalado anteriormente <sup>1</sup>	Periodo de vigencia del plan (No deberá exceder de dos años)					
	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día
Número de etapas del plan	Del _____ 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**

- <sup>1</sup> 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 estos, 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

**ESTABLECIMIENTOS EN LOS QUE RIGE EL PLAN Y PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN,  
ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD**

Número consecutivo	Domicilio (Anotar el domicilio conforme a los datos solicitados en el anverso de este formato, para cada uno de los establecimientos adicionales )	R.F.C. con homoclave (SHCP)	Registro patronal del I.M.S.S.