

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Formato DC - 5
Solicitud de registro de agente capacitador externo

Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF	Número de Autorización y/o Registro
	/ /	

Datos del solicitante

Denominación o Razón Social:		Registro federal de contribuyentes con homoclave (SHCP):	
Registro Patronal del IMSS ¹ :		Clave Única de Registro de Población C.U.R.P. (En caso de persona física) *:	
Código postal	Calle	Número exterior	Número interior
Colonia	Municipio o delegación	Estado o Distrito Federal	
Teléfono(s)	Correo electrónico(s)*	Fax*	

Tipo de solicitud que presenta (marcar con una x):

Registro inicial

Modificación de plantilla de instrucciones

Modificación de programas o cursos

Registro de nuevos programas o cursos

Hoja ___ de ___ En caso de tratarse de persona física ¿Está de acuerdo en que se publiquen sus datos proporcionados en el Directorio de Agentes Capacitadores externos? Sí ___ No ___

Programas o cursos que registra

Tipo de movimiento ²	Nombre del programa o curso (En caso de modificación, favor de señalar el registro a modificar y el modificado)	Temas principales del programa o curso (Anotar la denominación completa de los temas)	Duración del curso en horas

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Notas e instrucciones

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Escribir con letra de molde, arriba de la homoclave del Registro Federal de Contribuyentes, la palabra número. Ejemplos: número, número 1, número 2, etc.
- Anexar el número de hojas que sea necesario. Solamente deberá asentarse la firma en la última hoja que se presente.
- Si el apartado de programas o cursos es insuficiente, podrá reproducirlo las veces que sea necesario, indicado el número de hoja y manteniendo la estructura correspondiente. Para finalizar se debe presentar el DC-5 reverso.
- 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.
- La falta de información en los datos opcionales, no será motivo para negar la presentación respectiva.

*Datos no obligatorios

¹ Sólo sujetos obligados

² En tipo de movimiento anotar según corresponda: A=alta, B=baja y M=modificación

Plantilla de instructores Llenar solamente en caso de institución capacitadora

Tipo de movimiento ²	Nombre del instructor (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))(En caso de modificación y baja favor de indicarlo)	Registro federal de contribuyentes con homoclave (SHCP)	Especialidad del instructor Área principal

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

Nombre y firma del solicitante o representante legal

DD / MM / AAAA
Lugar y fecha de elaboración de esta solicitud

Notas e instrucciones

- Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación, Adiestramiento y Productividad Laboral al teléfono 2000-5200 ext. 63265 ó realizar la consulta al correo electrónico registro@stps.gob.mx

Contacto:

Av. Anillo Periférico Sur 4271,
Col. Fuentes del Pedregal, Deleg. Tlalpan
Distrito Federal CP. 14140
Tel- (55) 3000-2100