

**ACUERDO por el que se dan a conocer los formatos para realizar los trámites administrativos en materia de capacitación y adiestramiento.**

**Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría del Trabajo y Previsión Social.**

JAVIER LOZANO ALARCON, Secretario del Trabajo y Previsión Social, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 123, Apartado A, fracciones XIII y XXXI último párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 40 fracciones I y VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 30. tercer párrafo, 132 fracción XV, 153-A, 153-B, 153-C, 153-D, 153-F, 153-I, 153-J, 153-N, 153-O, 153-P, 153-Q fracción VI, 153-R, 153-T, 153-U, 153-V, 153-W, 537 fracción IV, 538, 539 fracción III incisos a), c), d) y e) y fracción IV de la Ley Federal del Trabajo, 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, y 1, 2, 3, 5 y 25 del Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, y

**CONSIDERANDO**

Que el 30 de diciembre de 2004 la Secretaría del Trabajo y Previsión Social emitió el Acuerdo por el que se actualizan los criterios generales y los formatos correspondientes para la realización de trámites administrativos en materia de capacitación y adiestramiento de los trabajadores;

Que el 9 de marzo de 2006 se modificó el Acuerdo a que se refiere el párrafo anterior, con el propósito de hacer algunas precisiones en cuanto a la información que debe tener la constancia de habilidades laborales y el formato que debe utilizarse;

Que el 14 de noviembre de 2008 se emitió un nuevo Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en el cual se actualizaron las funciones y denominaciones de diferentes unidades administrativas de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social;

Que en mérito de lo anterior, se ha hecho necesario actualizar los formatos que se utilizan en materia de capacitación y adiestramiento de los trabajadores, de acuerdo a las nuevas denominaciones de las unidades administrativa de esta Secretaría, y

Que de conformidad con lo previsto en el artículo 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos que expidan las dependencias de la Administración Pública Federal, deberán publicarse previamente a su aplicación en el Diario Oficial de la Federación, he tenido a bien expedir el siguiente

**ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS FORMATOS PARA REALIZAR LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN MATERIA DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO**

**ARTICULO PRIMERO.-** Se dan a conocer los formatos para realizar los trámites administrativos en materia de capacitación y adiestramiento ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, que se señalan a continuación:

<b>TRAMITE</b>	<b>FORMATO</b>
Constitución de la Comisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento	<b>DC-1</b> Informe sobre la constitución de la comisión mixta de capacitación y adiestramiento
Aprobación de planes y programas de capacitación y adiestramiento	<b>DC-2</b> Presentación del plan y programas de capacitación y adiestramiento
Aviso de elaboración de sistemas generales de capacitación y adiestramiento	<b>DC-2B</b> Sistema general de capacitación y adiestramiento
Conservación de constancia de habilidades laborales expedida por la empresa	<b>DC-3</b> Constancia de habilidades laborales
Presentación de listas de constancias de habilidades laborales	<b>DC-4</b> Lista de constancias de habilidades laborales
Agentes capacitadores externos, autorización y registro	<b>DC-5</b> Solicitud de registro de agente capacitador externo
Agentes capacitadores externos, modificación de cursos o programas y/o modificación de plantilla	





Actividad o giro principal	
Número de trabajadores de la empresa	Tipo de contrato (Marcar con una X) Individual <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Ley <input type="checkbox"/>

DATOS DE LA COMISION MIXTA DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO			
Número de establecimientos en que rige */	Número total de integrantes	Fecha de constitución	Año      Mes      Día
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _      _ _      _ _
<b>Los datos se proporcionan bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.</b>			
_____ 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 donde rige la comisión. Si el reverso del formato no es suficiente para relacionar los establecimientos, puede reproducirlo cuantas veces sea necesario.

**NOTAS E INSTRUCCIONES**

- .lenar un formato por cada comisión mixta que exista en la empresa.
- .lenar a máquina o con letra de molde.
- .lenar el formato y conservarlo en los registros internos de la empresa, junto con las bases generales de funcionamiento de la comisión mixta y las actividades de los últimos doce meses.

DC-1 ANVERSO

<b>ESTABLECIMIENTOS EN LOS QUE RIGE LA COMISION MIXTA DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO</b>			
Número consecutivo	Domicilio (Anotar el domicilio completo para cada uno de los establecimientos adicionales)	R.F.C. con homoclave (SHCP)	Registro patronal del I.M.S.S.

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto al trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención Telefónica a la Ciudadanía (SACTEL) a los Teléfonos 2000-2000 en el D.F. y área metropolitana; del interior de la República sin costo para el usuario al 01-800-386-2466, o al 01-800-475-2393 desde los Estados Unidos y Canadá. Correo electrónico [sactel@funcionpublica.gob.mx](mailto:sactel@funcionpublica.gob.mx)

Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación al Teléfono 3000-2700 extensión 5382.

Para quejas comunicarse al número telefónico del Organismo Interno de Control en la STPS al 01 (55) 50-02-23-64 o al 01-800-08-31800. Correo electrónico [quejas\\_oic@stps.gob.mx](mailto:quejas_oic@stps.gob.mx).

DC-1 REVERSO

La falta de información en los datos opcionales, no será motivo para negar la presentación respectiva



**SUBSECRETARIA DE INCLUSION LABORAL**  
**DIRECCION GENERAL DE CAPACITACION**  
**APROBACION DE PLANES Y PROGRAMAS DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO**  
**FORMATO DC-2**  
**PRESENTACION DEL PLAN Y PROGRAMAS DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO**

<b>DATOS DE LA EMPRESA</b>			
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.	
Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia
Localidad	Código postal	Municipio o delegación política	
Entidad federativa	Teléfono (s)	Fax (Opcional)	
Correo electrónico (Opcional)	Clave Unica de Registro de Población. - 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	Año	Mes	Día	
Individual	<input type="checkbox"/>	Colectivo	<input type="checkbox"/>	Ley	<input type="checkbox"/>				

INFORMACION SOBRE EL PLAN Y PROGRAMAS DE CAPACITACION 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					Plan y programas específicos de la empresa																		
Proporcionar información de nuevas tecnologías					Plan y programas comunes de un grupo de empresas																		
Preparar para ocupar vacantes o puestos de nueva creación					Sistema general de una rama de actividad económica																		
Prevenir riesgos de trabajo																							
Incrementar la productividad																							
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										
<p><b>LA EMPRESA DECLARA QUE TIENE EN REGISTROS INTERNOS, A DISPOSICION DE LA SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL, LA INFORMACION SOBRE EL NOMBRE, OBJETIVOS Y CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE CAPACITACION Y LOS PUESTOS A LOS QUE ESTAN DIRIGIDOS. Los datos se proporcionan bajo protesta de decir verdad, apercibido de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.</b></p> <p>_____</p> <p>Nombre y firma del patrón o representante legal de la empresa</p> <p><b>Lugar y fecha de elaboración de este informe</b></p> <p>_____</p> <p>Año Mes Día</p>																							

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.

#### 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, 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.

DC-2 ANVERSO

ESTABLECIMIENTOS EN LOS QUE RIGE EL PLAN Y PROGRAMAS DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO			
Número consecutivo	Domicilio (Anotar el domicilio completo para cada uno de los establecimientos adicionales)	R.F.C. con homoclave (SHCP)	Registro patronal del I.M.S.S.

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto al trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención Telefónica a la Ciudadanía (SACTEL) a los Teléfonos 2000-2000 en el D.F. y área metropolitana; del interior de la República sin costo para el usuario al 01-800-386-2466. Correo electrónico sactel@funcionpublica.gob.mx

Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación al Teléfono 3000-2700 extensión 5382.

Para quejas comunicarse al número telefónico del Organismo Interno de Control en la STPS al 01 (55) 50-02-33-68 o al 01-800-083-1800. Correo electrónico quejas\_oic@stps.gob.mx.

DC-2 REVERSO

**SUBSECRETARIA DE INCLUSION LABORAL**  
**DIRECCION GENERAL DE CAPACITACION**  
**AVISO DE ELABORACION DE SISTEMAS GENERALES DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO**  
**Formato DC-2B**



Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
Registro Federal de Contribuyentes (SHCP)	Puesto
-	

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.
-	
Actividad o giro principal	

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO	
Nombre del programa o curso	
Duración en horas	Periodo de ejecución
	De           Año           Mes           Día           a           Año           Mes           Día
Nombre del agente capacitador (personas morales o físicas con actividad empresarial)	
Nombre y firma del instructor	

<b>Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.</b>			
	Representante de los trabajadores ante la Comisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento		Representante de la empresa ante la Comisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento
	Nombre y firma		Nombre y firma

**NOTAS E INSTRUCCIONES**

- Llenar a máquina o con letra de molde.

Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

DC-3 ANVERSO

La falta de información en los datos opcionales, no será motivo para negar la presentación respectiva

**SUBSECRETARÍA DE INCLUSIÓN LABORAL DIRECCIÓN GENERAL DE CAPACITACIÓN** Constancias de habilidades laborales Presentación de Listas de Constancias de Habilidades Laborales Formato DC-4 LISTA DE CONSTANCIAS DE HABILIDADES LABORALES



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.		
EL DOMICILIO SE PUEDE ESPECIFICAR SOLO CUANDO LA EMPRESA CUENTA CON MAS DE UN ESTABLECIMIENTO (Opcional)					
Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia	
Localidad		Código postal (5 dígitos)	Municipio o delegación política		
Entidad federativa			Teléfono (s)	Fax (Opcional)	
Correo electrónico (Opcional)			Clave Unica de Registro de Población C.U.R.P. - En caso de persona física (Opcional)		
Actividad o giro principal					
Constancias expedidas a los trabajadores (Opcionales)	Total	Menores	Discapacitados	Adultos mayores	Indígenas
Hombres (Opcionales)					
Mujeres (Opcionales)					

Hoja de	
RELACION DE TRABAJADORES	
Nombre del trabajador (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))	Número de constancias Expedidas al trabajador

## 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, el nombre de los números o letras que la conforman.

Si el reverso del formato no es suficiente para relacionar a todos los trabajadores capacitados, puede reproducirlo cuantas veces sea necesario y firmar en la última hoja que presente.

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 empresa o patrón deberá conservar copia de las constancias reportadas en la o las listas de constancias presentadas ante la autoridad laboral en el formato DC-4 durante el último año.

DC-4 ANVERSO

RELACION DE TRABAJADORES	
Nombre del trabajador (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))	Número de constancias Expedidas al trabajador

<b>Los datos se proporcionan bajo protesta de decir verdad, apercibido de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.</b>															
<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma del patrón o representante legal de la empresa															
<b>Lugar y fecha de elaboración de este informe</b>															
—	<table border="1" style="margin: 0 auto;"><tr><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">Año</td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">Mes</td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">Día</td></tr></table>								Año			Mes			Día
Año			Mes			Día									

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto al trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención Telefónica a la Ciudadanía (SACTEL) a los Teléfonos 2000-2000 en el D.F. y área metropolitana; del interior de la República sin costo para el usuario al 01-800-386-2466. Correo electrónico [sactel@funcionpublica.gob.mx](mailto:sactel@funcionpublica.gob.mx).

Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación al Teléfono 3000-2700 extensión 5382.

Para quejas comunicarse al número telefónico del Organismo Interno de Control en la STPS al 01 (55) 50-02-23-68 o al 01-800-083-1800. Correo electrónico quejas\_oic@stps.gob.mx

DC-4 REVERSO



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

**Autorización y Registro Modificación de Cursos o Programas y/o Modificación de  
Plantilla Docente Formato DC-5 SOLICITUD DE REGISTRO DE AGENTE  
CAPACITADOR EXTERNO**

DATOS DEL SOLICITANTE			
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.	
Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia
Localidad	Código postal (5 dígitos)	Municipio o delegación política	
Entidad federativa	Teléfono (s)	Fax (Opcional)	
Correo electrónico (Opcional)	Clave Unica de Registro de Población C.U.R.P. - En caso de persona física (Opcional)		
<b>Tipo de solicitud que presenta (Marcar con una X)</b>			
Registro inicial	<input type="checkbox"/>	Modificación de programas o cursos	<input type="checkbox"/>
Modificación de plantilla de instructores	<input type="checkbox"/>	Registro de nuevos programas o cursos	<input type="checkbox"/>

PROGRAMAS O CURSOS QUE REGISTRA			
Número consecutivo	Nombre del programa o curso	Temas principales del programa o curso (Anotar la denominación completa de los temas)	Duración del curso en horas

**NOTAS E INSTRUCCIONES**

- Llenar a máquina o con letra de molde. Este formato se debe presentar en todos los trámites. Escribir con letra de molde, arriba de la homoclave del Registro Federal de Contribuyentes, el nombre de los números o letras que la conforman.
  - Anexar el número de hojas que sea necesario. Solamente deberá asentarse la firma en la última hoja que se presente.
  - Cuando desee modificar o dar de baja algún programa, curso o instructor, indíquelo junto al número consecutivo.
- 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.

DC-5 ANVERSO

PLANTILLA DE INSTRUCTORES Llenar solamente en el caso de institución capacitadora			
Número consecutivo	Nombre del instructor (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))	Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)	Especialidad del instructor

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

Lugar y fecha de elaboración de esta solicitud

\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |  
Año Mes Día

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto al trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención Telefónica a la Ciudadanía (SACTEL) a los Teléfonos 2000-2000 en el D.F. y área metropolitana; del interior de la República sin costo para el usuario al 01-800-386-2466, o al 01-800-475-2393 desde los Estados Unidos y Canadá. Correo electrónico [sactel@funcionpublica.gob.mx](mailto:sactel@funcionpublica.gob.mx)

Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación al Teléfono 3000-2700 extensión 5382.

Para quejas comunicarse al número telefónico del Organismo Interno de Control en la STPS al 01 (55) 50-02-23-64 o al 01-800-08-31800. Correo electrónico [quejas\\_oic@stps.gob.mx](mailto:quejas_oic@stps.gob.mx)

DC-5 REVERSO

\_\_\_\_\_  
C:\Documents and Settings\lsanchezh\Mis documentos\Corta\_Documentos\cortados/stps12\_C.DOC

