

Formato DC-2  
Elaboración del plan y programas de capacitación, adiestramiento y productividad

Fecha de publicación del formato en el DOF			
DD	/	MM	/ AAAA

Homoclave del formato
DC-2

**Datos de la empresa**

Denominación o razón social		Registro federal de contribuyentes con homoclave (SHCP)	
Registro patronal del IMSS		Clave Única de Registro de Población CURP (En caso de persona física)	
Calle	Número exterior	Número interior	Colonia
Municipio / Delegación	Entidad Federativa		Código Postal
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**

<b>Objetivos del plan de capacitación</b> Señalar del 1 al 5 en donde 1 es el más importante		<b>Modalidad de la capacitación</b> Marcar con una X la modalidad correspondiente	
Actualizar y perfeccionar conocimientos y habilidades y proporcionar información de nuevas tecnologías <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Plan y programas específicos de la empresa <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prevenir riesgos de trabajo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Plan y programas comunes de un grupo de empresas <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incrementar la productividad <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sistema general de una rama de actividad económica <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mejorar el nivel educativo <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Preparar para ocupar vacantes o puestos de nueva creación <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Número de establecimientos en los que rige el plan contando el señalado anteriormente <sup>1</sup>	Período de vigencia del plan (No deberá exceder de dos años)		
Número de etapas del plan	DD / MM / AAAA	al	DD / MM / AAAA
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 patrón o representante legal de la empresa			
_____ Lugar y fecha de elaboración de este informe			
_____ DD / MM / AAAA			

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

**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 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 p/cada establecimiento adicional)	Registro federal de contribuyentes con homoclave (SHCP)	Registro patronal del IMSS

Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación, Adiestramiento y Productividad Laboral al Teléfono 2000-5126 o realizar consulta al correo electrónico:registro@stps.gob.mx