



GACETA DEL GOBIERNO



Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de México
REGISTRO DGC NUM. 001 1021 CARACTERISTICAS 113282801

Mariano Matamoros Sur No. 308 C.P. 50130
Tomo CLXVI

Toluca de Lerdo, Méx., martes 7 de julio de 1998
No. 5

SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

SUMARIO:

ACUERDO por el que se dan a conocer los formatos oficiales de los trámites a cargo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

“1998. CINCUENTENARIO DE LA DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS”

SECCION TERCERA

PODER EJECUTIVO FEDERAL

SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

ACUERDO por el que se dan a conocer los formatos oficiales de los trámites a cargo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

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

JAVIER BONILLA GARCIA, Secretario del Trabajo y Previsión Social, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y 5 del Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 dispone que la actividad reguladora del Estado no debe obstruir o entorpecer la actividad productiva de los particulares, sino por el contrario, debe promoverla. Para ello es necesario contar con un marco regulatorio equitativo, transparente y eficiente, que incremente la capacidad competitiva de las empresas, que aliente la inversión productiva y propicie la creación de más y mejores empleos;

Que el Programa de Empleo, Capacitación y Defensa de los Derechos Laborales 1995-2000, prevé simplificar los trámites y procedimientos administrativos a fin de proporcionar un mejor servicio y orientación en beneficio de los trabajadores y patrones, y evitar cargas burocráticas innecesarias a las empresas;

Que con fecha 31 de julio de 1997 fue publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el Acuerdo desregulatorio de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, expedido por los CC. Secretarios del Trabajo y Previsión Social y de Comercio y Fomento Industrial, el cual establece los requisitos y trámites a que se sujetarán las unidades administrativas y el sector coordinado de esta Dependencia;

Que el artículo cuarto del Acuerdo señalado en el anterior Considerando, instruye a las unidades administrativas de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social para que modifiquen, en su caso, los formatos de los trámites reformados en los términos de lo dispuesto por el artículo primero del citado Acuerdo, y que se publiquen en el **Diario Oficial de la Federación** los nuevos formatos respectivos, previa aprobación del Oficial Mayor de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y posterior opinión favorable de la Unidad de Desregulación Económica de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, y

Que en virtud de que se ha cumplido con el procedimiento contenido en el Acuerdo desregulatorio de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, y que se cuenta además con la opinión favorable de la Unidad de Desregulación Económica de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, relativa a los nuevos formatos de los trámites reformados a cargo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS FORMATOS OFICIALES DE LOS TRAMITES A CARGO DE LA SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

ARTICULO PRIMERO.- El presente Acuerdo tiene por objeto dar a conocer los formatos e instructivos oficiales de los trámites reformados contenidos en el Acuerdo desregulatorio de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de julio de 1997, y que son los siguientes:

- I. Nombre del trámite: Expedición del Certificado Médico de Aptitud Laboral, Autorización para Trabajar y Cédula de Identificación Laboral para Mayores de 14 años y Menores de 16.

Nombres de los formatos:

1. Volante de control.
2. Consentimiento del padre o tutor.
3. Datos de la empresa.

- II. Nombre del trámite: Asistencia Técnica y/o Asesoría en Seguridad, Higiene y Medio Ambiente Laboral.

Nombre del formato:

Solicitud de servicios de asesoría y asistencia técnica en materia de seguridad, higiene y medio ambiente de trabajo.

- III. Nombre del trámite: Servicios en Materia de Capacitación y Productividad.

Nombre del formato:

Solicitud de asistencia y formación en materia de capacitación y productividad.

- IV. Nombre del trámite: Apoyos del Programa de Calidad Integral y Modernización (CIMO) a las Micro, Pequeñas y Medianas Empresas.

Nombres de los formatos:

1. Programa de Capacitación/Consultoría.
2. Solicitud de apoyo para eventos.

- V. Nombre del trámite: Atención a Empleadores para la Cobertura de sus Vacantes

Nombre del formato:

Registro de vacantes.

- VI. Nombre del trámite: Atención a Empresas que Requieren Cursos en la Modalidad de Capacitación Mixta.

Nombre del formato:

Solicitud de acciones de capacitación mixta.

ARTICULO SEGUNDO.- Los formatos a que se refiere el artículo anterior deberán ser proporcionados a los interesados en forma gratuita en las unidades administrativas correspondientes de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

ARTICULO TERCERO.- El personal de atención al público deberá proporcionar a los solicitantes de cualquiera de los trámites a que se refiere este Acuerdo, la orientación e información necesarias para el llenado del formato respectivo.

TRANSITORIOS

ARTICULO PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ARTICULO SEGUNDO.- Se instruye a los Delegados de la Secretaría del Trabajo y Prevision Social, a efecto de que promuevan la publicación de este Acuerdo en los correspondientes periódicos o gacetas oficiales de las entidades federativas.

ARTICULO TERCERO.- Los trámites que se encuentren pendientes de atención a la entrada en vigor del presente Acuerdo, serán resueltos por las unidades administrativas de la Secretaría del Trabajo y Prevision Social, conforme a los formatos vigentes al momento de la solicitud.

México, Distrito Federal, a los nueve días del mes de febrero de mil novecientos noventa y ocho.-
El Secretario del Trabajo y Prevision Social, **Javier Bonilla García.-** Rúbrica.

FORMATO: "VOLANTE DE CONTROL"

PARA EL TRAMITE:

EXPEDICION DEL CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL, AUTORIZACION PARA TRABAJAR Y CEDULA DE IDENTIFICACION LABORAL PARA MAYORES DE 14 AÑOS Y MENORES DE 16.

DESCRIPCION DEL TRAMITE:

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley Federal del Trabajo establecen que la edad mínima para poder trabajar es de 14 años. Asimismo, dichos ordenamientos prevén diversos requisitos y restricciones para menores trabajadores entre 14 y 16 años, entre los que destacan que deben contar con la autorización de sus padres o tutores o, en su defecto, del sindicato a que pertenezcan o de diferentes autoridades, que hayan terminado su educación obligatoria, salvo los casos de excepción que apruebe la autoridad correspondiente en que a su juicio haya compatibilidad entre los estudios y el trabajo y que deben tener certificado médico que acredite su aptitud para el trabajo, pues sin este último requisito ningún patrón podrá utilizar sus servicios.

Volante de control



**Secretaría
del Trabajo
y Previsión Social**

FECHA		
DIA	MES	AÑO

NOTA: LLENAR CON LETRA DE MOLDE

NOMBRE DEL MENOR		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
DOMICILIO		
CALLE	NUM	COLONIA
DELEGACION O MUNICIPIO		
ENTIDAD FEDERATIVA		CODIGO POSTAL
ESCOLARIDAD		EDAD
EMPRESA EN LA QUE PRESTARA SUS SERVICIOS		PUESTO A DESEMPEÑAR

	DIRECCION GENERAL DE INSPECCION FEDERAL DEL TRABAJO	PAGINA 1
--	--	---------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "VOLANTE DE CONTROL", PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL, AUTORIZACION PARA TRABAJAR Y CEDULA DE IDENTIFICACION LABORAL PARA MAYORES DE 14 AÑOS Y MENORES DE 16

NOMBRE DEL FORMATO	Volante de control.
OBJETIVO	Llevar un registro y control de todos los menores que acuden a tramitar Certificado Médico de Aptitud Laboral y Autorización para Trabajar o, en su caso, a solicitar información sobre el trabajo de menores.
RESPONSABLE DE SU FORMULACION	El volante es requisitado por el menor solicitante.
FORMA DE LLENADO	Letra de molde.

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
FECHA	1	El día, mes y año en que se presenta el menor a realizar el trámite de Certificado Médico de Aptitud Laboral y Autorización para Trabajar o, en su caso, a solicitar información sobre el trabajo de menores.
NOMBRE DEL MENOR	2	El nombre del menor solicitante, iniciando por sus apellidos paterno, materno y nombre(s).
DOMICILIO	3	El domicilio particular del menor, iniciando por el nombre de la calle, número oficial exterior e interior, en su caso, colonia, delegación o municipio, entidad federativa y código postal.
ESCOLARIDAD	4	El grado máximo de estudios alcanzados por el menor
EDAD	5	El número de años cumplidos por el menor, con números arábigos.
EMPRESA EN LA QUE PRESTARA SUS SERVICIOS	6	El nombre de la empresa en que el menor pretende laborar.
PUESTO A DESEMPEÑAR	7	El nombre del puesto que ocupará el menor en la empresa que pretenda trabajar.

FORMATO: "CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR"

PARA EL TRAMITE:

EXPEDICION DEL CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL, AUTORIZACION PARA TRABAJAR Y CEDULA DE IDENTIFICACION LABORAL PARA MAYORES DE 14 AÑOS Y MENORES DE 16.

DESCRIPCION DEL TRAMITE:

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley Federal del Trabajo establecen que la edad mínima para poder trabajar es de 14 años. Asimismo, dichos ordenamientos prevén diversos requisitos y restricciones para menores trabajadores entre 14 y 16 años, entre los que destacan que deben contar con la autorización de sus padres o tutores o, en su defecto, del sindicato a que pertenezcan o de diferentes autoridades, que hayan terminado su educación obligatoria, salvo los casos de excepción que apruebe la autoridad correspondiente en que a su juicio haya compatibilidad entre los estudios y el trabajo y que deben tener certificado médico que acredite su aptitud para el trabajo, pues sin este último requisito ningún patrón podrá utilizar sus servicios.



**Secretaría
del Trabajo
y Previsión Social**

Consentimiento del padre o tutor

Fecha: _____ a _____ de _____ de _____

SECRETARIA DEL TRABAJO
Y PREVISION SOCIAL.
P R E S E N T E.

Por medio de este escrito y en mi carácter de _____
doy consentimiento para que el (la) menor _____
tramite y obtenga de esta dependencia, la autorización necesaria para desarrollar la actividad
consistente en _____
en la empresa _____
que se encuentra ubicada en _____

Al dirigirme a usted solicitando dicha autorización, le manifiesto la responsabilidad que me asiste de vigilar el desarrollo y aprovechamiento en lo que corresponde a su educación y salud, procurando que el ingreso que obtenga sea utilizado en beneficio del propio menor.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para reiterarle mi atenta consideración.

NOMBRE Y FIRMA

Domicilio _____
Identificación _____

Anexo: Documento de identificación oficial del padre o tutor (original para cotejo y copia).
Nota: Para efectuar el trámite, el menor deberá presentar: acta de nacimiento (original para cotejo y copia), constancia de estudios actualizada (original para cotejo y copia), certificado médico* (original y copia), fotografía tamaño infantil, el presente formato y el formato de "Datos de la empresa".
* La presentación de dicho certificado aplicará únicamente en caso del interior de la República. En el Distrito Federal, que cuenta con personal médico, se expedirá por la STPS en forma gratuita.

	DIRECCION GENERAL DE INSPECCION FEDERAL DEL TRABAJO	PAGINA 1
--	--	---------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR", PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL, AUTORIZACION PARA TRABAJAR Y CEDULA DE IDENTIFICACION LABORAL PARA MAYORES DE 14 AÑOS Y MENORES DE 16

NOMBRE DEL FORMATO	Consentimiento del padre o tutor.
OBJETIVO	Verificar que al menor le sea otorgado el debido consentimiento para trabajar, por parte de sus padres, tutores o persona autorizada conforme a la ley, responsabilizándose de cuidar el adecuado desarrollo y aprovechamiento en relación a su salud y educación.
RESPONSABLE DE SU FORMULACION	Padre, tutor o persona autorizada conforme a la ley.
FORMA DE LLENADO	Letra de molde.

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
FECHA	1	La fecha en que se llena el formato "Consentimiento del padre o tutor", lugar, día, mes y año.
Y EN MI CARACTER DE	2	El carácter de quien otorga el consentimiento respectivo.
EL (LA) MENOR	3	Nombre completo del (de la) menor a quien se le otorga el consentimiento para trabajar iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre(s).
ACTIVIDAD CONSISTENTE EN	4	La actividad a desarrollar por el menor en la empresa contratante.
EN LA EMPRESA	5	Nombre completo de la empresa en que el menor prestará sus servicios.
QUE SE ENCUENTRA UBICADA EN	6	Domicilio completo de la empresa en la que el menor prestará sus servicios, especificando calle, número oficial, exterior e interior, en su caso, colonia, delegación o municipio, entidad federativa y código postal.
NOMBRE Y FIRMA	7	Nombre y firma de quien otorga consentimiento al menor para laborar, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre(s).
DOMICILIO	8	Domicilio completo de la persona o autoridad que firma el documento, especificando calle, número oficial exterior e interior, en su caso, colonia, delegación o municipio, entidad federativa y código postal.
IDENTIFICACION	9	Los datos de la identificación que se presenta.

FORMATO: "DATOS DE LA EMPRESA"

PARA EL TRAMITE:

EXPEDICION DEL CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL, AUTORIZACION PARA TRABAJAR Y CEDULA DE IDENTIFICACION LABORAL PARA MAYORES DE 14 AÑOS Y MENORES DE 16.

DESCRIPCION DEL TRAMITE:

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley Federal del Trabajo establecen que la edad mínima para poder trabajar es de 14 años. Asimismo, dichos ordenamientos prevén diversos requisitos y restricciones para menores trabajadores entre 14 y 16 años, entre los que destacan que deben contar con la autorización de sus padres o tutores o, en su defecto, del sindicato a que pertenezcan o de diferentes autoridades, que hayan terminado su educación obligatoria, salvo los casos de excepción que apruebe la autoridad correspondiente en que a su juicio haya compatibilidad entre los estudios y el trabajo y que deben tener certificado médico que acredite su aptitud para el trabajo, pues sin este último requisito ningún patrón podrá utilizar sus servicios.



Secretaría
del Trabajo
y Previsión Social

Datos de la empresa

FECHA		
DIA	MES	AÑO

DATOS DE LA EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
DOMICILIO	
CALLE	NUM. COLONIA
DELEGACION O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA CODIGO POSTAL
TELEFONO	RAMA INDUSTRIAL
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA EMPRESA Y CARGO QUE OCUPA	
TIPO DE CAPACITACION QUE OTORGA LA EMPRESA	
LAS CONDICIONES DE TRABAJO SE AJUSTARAN A LO DISPUESTO POR LAS FRACCIONES II Y III DEL ARTICULO 123 CONSTITUCIONAL Y POR LOS ARTICULOS 23, 29, 173, 175, 179, 180, 191 Y 995 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO	
FIRMA DEL RESPONSABLE	SELLO DE LA EMPRESA
NUM. DE REGISTRO DE APODERADO LEGAL, EN SU CASO	

DATOS DEL MENOR			
NOMBRE DEL MENOR			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)	
DOMICILIO			
CALLE	NUM.	COLONIA	
DELEGACION O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA CODIGO POSTAL	
EDAD	GRADO ESCOLAR	HORARIO ESCOLAR	TRABAJO A DESEMPEÑAR
		DE A HRS	
INGRESOS		PUESTO	HORARIO DE TRABAJO
			DE A HRS
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)	
DOMICILIO			
CALLE	NUM.	COLONIA	
DELEGACION O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA CODIGO POSTAL	

NOTA: LLENAR A MAQUINA O CON LETRA DE MOLDE.

	DIRECCION GENERAL DE INSPECCION FEDERAL DEL TRABAJO	PAGINA 1
--	--	---------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "DATOS DE LA EMPRESA", PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL, AUTORIZACION PARA TRABAJAR Y CEDULA DE IDENTIFICACION LABORAL PARA MAYORES DE 14 AÑOS Y MENORES DE 16

NOMBRE DEL FORMATO	Datos de la empresa.
OBJETIVO	Llevar un control de las empresas de jurisdicción federal en donde los jóvenes mayores de 14 años de edad y menores de 16 prestan sus servicios, además de verificar que entre sus estudios y el trabajo exista compatibilidad, así como que las actividades que desarrollarán no afecten su estado físico, mental y educacional.
RESPONSABLE DE SU FORMULACION	La empresa contratante, a través de la persona que firma el documento.
FORMA DE LLENADO	A máquina o letra de molde.

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
FECHA	1	El día, mes y año en que es requisitado el formato.
RAZON SOCIAL	2	El nombre completo de la empresa en donde el menor pretende laborar.
DOMICILIO	3	El nombre de la calle, el número oficial exterior e interior, en su caso, colonia, delegación o municipio, entidad federativa y código postal en donde se encuentra ubicada la empresa contratante.
TELEFONO	4	El número telefonico de la empresa contratante.
RAMA INDUSTRIAL	5	El nombre de la rama industrial que corresponda a la actividad de la empresa, de conformidad con los artículos 123, Apartado "A", fracción XXXI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 527 de la Ley Federal del Trabajo.
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA EMPRESA Y CARGO QUE OCUPA	6	Nombre completo y cargo que ocupa la persona que firma el formato, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre(s).
TIPO DE CAPACITACION QUE OTORGA LA EMPRESA	7	Capacitación y adiestramiento que otorga el patrón a los trabajadores, indicando si se les imparten cursos, pláticas, reuniones, etc.
FIRMA DEL RESPONSABLE	8	Firma del responsable de la empresa, ya sea gerente, jefe de personal, representante legal, etc.
NUMERO DE REGISTRO DE APODERADO LEGAL	9	En caso de existir, indicar el número correspondiente.



**DIRECCION GENERAL DE INSPECCION
FEDERAL DEL TRABAJO**

**PAGINA
2**

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "DATOS DE LA EMPRESA", PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL, AUTORIZACION PARA TRABAJAR Y CEDULA DE IDENTIFICACION LABORAL PARA MAYORES DE 14 AÑOS Y MENORES DE 16

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
SELLO DE LA EMPRESA	10	Sello oficial de la empresa contratante.
NOMBRE DEL MENOR	11	El nombre del menor iniciando por sus apellidos paterno, materno y nombre(s).
DOMICILIO	12	El nombre de la calle, el número oficial exterior e interior, en su caso, colonia, delegación o municipio, entidad federativa y código postal en donde vive el menor.
EDAD	13	El número de años cumplidos por el menor, con números arábigos.
GRADO ESCOLAR	14	El grado de estudios máximo alcanzado por el menor.
HORARIO ESCOLAR	15	El horario escolar del menor.
TRABAJO A DESEMPEÑAR	16	La actividad principal que desarrollará en la empresa.
INGRESOS	17	Salario mensual aproximado.
PUESTO	18	El nombre del puesto que ocupará el menor en la empresa contratante.
HORARIO DE TRABAJO	19	El horario en el que el menor prestará sus servicios.
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR	20	Nombre del padre o persona responsable del menor, iniciando por sus apellidos paterno, materno y nombre(s).
DOMICILIO	21	El nombre de la calle, el número oficial exterior e interior, en su caso, colonia, delegación o municipio, entidad federativa y código postal en donde vive el padre o tutor.

FORMATO: "SOLICITUD DE ASISTENCIA Y FORMACION EN MATERIA DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD"

PARA EL TRAMITE:

SERVICIOS EN MATERIA DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD.

DESCRIPCION DEL TRAMITE:

Actualmente la Dirección General de Capacitación y Productividad (DGCP) presta los siguientes servicios en materia de capacitación y productividad:

- Formación de recursos humanos para llevar a cabo programas de capacitación y mejoramiento de la productividad.
- Asistencia técnica para la organización, operación y evaluación del proceso capacitador, a través de la cual se brinda asesoría sobre aspectos básicos en la materia.

Estos cursos y asesoría se imparten en centros de trabajo, organizaciones sindicales y empresariales, los cuales cubren los costos de viáticos y pasajes del instructor de la DGCP, así como del material didáctico necesario.



Dirección General de Capacitación y Productividad

Solicitud de asistencia y formación en materia de capacitación y productividad

NOTA: LOS ESPACIOS SOMBRADOS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA AUTORIDAD LLENAR A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE Y PRESENTARLO EN ORIGINAL Y COPIA PARA ACUSE DE RECIBO

FECHA _____

DATOS GENERALES				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA U ORGANIZACIÓN				
DOMICILIO				
CALLE	NUMERO EXTERIOR	NUMER. INTERIOR	COLONIA	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO			LOCALIDAD	CODIGO POSTAL
ENTIDAD FEDERATIVA			TELÉFONO (S)	
CARGO DE LA EMPRESA				

TIPO DE SERVICIO	
1. ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO CAPACITADOR <input type="checkbox"/>	2. FORMACIÓN DE PERSONAL PARA ORGANIZAR Y OPERAR EL PROCESO CAPACITADOR <input type="checkbox"/>
3. ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL DISEÑO Y APLICACIÓN DE SISTEMAS DE INCENTIVOS DE PRODUCTIVIDAD <input type="checkbox"/>	4. FORMACIÓN DE PERSONAL EN PROCESOS DE PRODUCTIVIDAD Y CALIDAD <input type="checkbox"/>

BRIEF DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD POR LA QUE SE REQUIERE EL SERVICIO	
SERVICIO DIRIGIDO A:	
PERSONAL DIRECTIVO <input type="checkbox"/>	TRABAJADORES <input type="checkbox"/>
OTROS <input type="checkbox"/>	
ESPECIFICAR _____	
FECHA SOLICITADA	CANTIDAD DE PERSONAS PARA FORMACION

INFORMACIÓN DE APOYO	
RESULTADOS QUE SE ESPERA OBTENER	
NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA RESPONSABLE PARA LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO	TELÉFONO (S)
NOTAS: ACERTACIÓN PARA SUFRAGAR LOS COSTOS DE: 1. MATERIAL DIDACTICO (REPRODUCCIÓN DE MANUAL DE APOYO AL PARTICIPANTE Y MATERIAL COMPLEMENTARIO PARA LA REALIZACIÓN DE EJERCICIOS, HOJAS BLANCAS DE TRABAJO, MARCADORES Y ACETATOS) 2. VIATICOS Y PASAJES DEL INSTRUCTOR (TRANSPORTE, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN). CUANDO EL SERVICIO SE REQUIERA FUERA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	

	DIRECCION GENERAL DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD	PAGINA 1
--	--	---------------------

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE ASISTENCIA Y FORMACION
EN MATERIA DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD"**

NOMBRE DEL FORMATO	Solicitud de asistencia y formación en materia de capacitación y productividad.
OBJETIVO	Llevar el registro y atender las solicitudes de asistencia y formación en materia de capacitación y productividad que presenten las empresas.
RESPONSABLE DE SU FORMULACION	El representante de la empresa u organización empresarial solicitante.
FORMA DE LLENADO	A máquina o letra de molde.

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
FECHA	1	El día, mes y año en que es requerido el formato.
NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA U ORGANIZACION	2	El nombre completo de la empresa u organización empresarial que solicita el servicio.
DOMICILIO	3	El nombre de la calle, el número oficial exterior e interior, en su caso, colonia, delegación o municipio, localidad, código postal y entidad federativa en donde se encuentra ubicada la empresa u organización empresarial.
TELEFONO (S)	4	El (los) número(s) telefónico(s) de la empresa u organización empresarial que solicita el trámite.
GIRO DE LA EMPRESA	5	El nombre del giro de la empresa u organización empresarial que corresponda a su actividad.
TIPO DE SERVICIO	6	Una o más "X" en el (los) recuadro(s) que corresponda (n) al (los) servicio(s) que solicita la empresa u organización empresarial.
BREVE DESCRIPCION DE LA NECESIDAD POR LA QUE SE REQUIERE EL SERVICIO	7	Descripción de las necesidades detectadas por los solicitantes de los servicios.
SERVICIO DIRIGIDO A	8	Una o más "X" en el (los) recuadro(s) correspondiente(s) a quien(es) va dirigido el servicio.
FECHA PROPUESTA	9	La fecha en que se requiere la asistencia y/o capacitación, indicando el día, mes y año.



**DIRECCION GENERAL DE CAPACITACION
Y PRODUCTIVIDAD**

**PAGINA
2**

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE ASISTENCIA Y FORMACION
EN MATERIA DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD"**

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
CANTIDAD DE PERSONAS PARA FORMACION	10	El número total de personas de la empresa u organización empresarial que recibirían el (los) servicio(s) solicitado(s).
RESULTADOS QUE SE ESPERA OBTENER	11	Descripción de los resultados que pretende(n) lograr la empresa u organización empresarial con el (los) servicio(s) solicitado(s).
NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA RESPONSABLE PARA LA COORDINACION DEL SERVICIO	12	El nombre completo de la persona responsable para la coordinación del servicio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre(s) y el cargo que ocupa en la empresa u organización empresarial.
TELEFONO (S)	13	El (los) número(s) telefónico(s) donde se pueda localizar al responsable de la coordinación del servicio.

FORMATO: "SOLICITUD DE SERVICIOS DE ASESORIA Y ASISTENCIA TECNICA EN MATERIA DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO"

PARA EL TRAMITE:

ASISTENCIA TECNICA Y/O ASESORIA EN SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE LABORAL.

DESCRIPCION DEL TRAMITE:

Este trámite incorpora los tipos de servicio siguientes: asistencia técnica para la difusión, elaboración y aplicación de programas preventivos; taller de asistencia técnica a comisiones de seguridad e higiene; curso introductorio para integrantes de comisiones de seguridad e higiene; asesoría técnica en seguridad, higiene y medio ambiente laboral, y asesoría para el cumplimiento de la normatividad en seguridad e higiene.



Dirección General de Seguridad e Higiene en el Trabajo

Solicitud de servicios de asesoría y asistencia técnica en materia de seguridad, higiene y medio ambiente de trabajo

DATOS GENERALES		
NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA, ORGANISMO SINDICAL, PATRONAL O DEL TRABAJADOR SOLICITANTE DEL SERVICIO		
DOMICILIO PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES		
CALLE	PAIS, ESTADO	COLONIA
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO	FAX
RAMA INDUSTRIAL O GIRO DE LA EMPRESA	NÚMERO DE TRABAJADORES DE LA EMPRESA	
NOMBRE DEL SOLICITANTE	CARGO	R.F.C.

TIPO DE SERVICIO	
SERVICIO DE ORIENTACIÓN A EMPRESAS U ORGANIZACIONES	SERVICIO DE ORIENTACIÓN A TRABAJADORES, EMPRESAS U ORGANIZACIONES
1 ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA DIFUSIÓN, ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE PROGRAMAS PREVENTIVOS. <input type="checkbox"/>	1 CURSO INTRODUCTORIO PARA INTEGRANTES DE COMISIONES DE SEGURIDAD E HIGIENE <input type="checkbox"/>
2 TALLER DE ASISTENCIA TÉCNICA A COMISIONES DE SEGURIDAD E HIGIENE <input type="checkbox"/>	2 ASESORIA TÉCNICA EN SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE LABORAL <input type="checkbox"/>
	3 ASESORIA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD EN SEGURIDAD E HIGIENE <input type="checkbox"/>


BREVE DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD POR LA QUE SE REQUIERE EL SERVICIO	
SERVICIO DIRIGIDO A: PERSONAL DIRECTIVO <input type="checkbox"/> TRABAJADORES <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR:	
FECHA PROPUESTA PARA RECEPCIÓN DEL SERVICIO	
INFORMACIÓN DE APOYO	
RESULTADOS QUE ESPERA OBTENER DEL SERVICIO	
NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE COORDINAR EL SERVICIO SOLICITADO	TELÉFONO(S)
EN CASO DE QUE EL SERVICIO REQUERIDO SE LLEVE A CABO EN LUGAR DISTINTO A LA LOCALIDAD EN LA QUE SE ENCUENTRA UBICADA LA OFICINA O DELEGACIÓN, LA EMPRESA U ORGANIZACIÓN, CUBRIRÁ LOS VIÁTICOS Y PASAJES DEL(DE LOS) INSTRUCTOR(ES) O ASESOR(ES). SI ES ACEPTADA LA SOLICITUD ASIMISMO EL SOLICITANTE SE COMPROMETE A PROPORCIONAR INSTALACIONES, EQUIPO Y REPRODUCCIÓN DEL MATERIAL DIDÁCTICO QUE SERÁ UTILIZADO POR LOS ASISTENTES	
NOTA: LLENAR A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE	

	DIRECCION GENERAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	PAGINA 1
---	---	---------------------

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE SERVICIOS DE ASESORIA
Y ASISTENCIA TECNICA EN MATERIA DE SEGURIDAD, HIGIENE
Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO"**

NOMBRE DEL FORMATO	Solicitud de servicios de asesoría y asistencia técnica en materia de seguridad, higiene y medio ambiente de trabajo.
OBJETIVO	Llevar el registro y atender las solicitudes de servicios de asesoría y asistencia en materia de seguridad e higiene en el trabajo.
RESPONSABLE DE SU FORMULACION	La empresa que solicita los servicios en materia de seguridad e higiene en el trabajo.
FORMA DE LLENADO	A máquina o letra de molde.

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA, ORGANISMO SINDICAL, PATRONAL O DEL TRABAJADOR SOLICITANTE DEL SERVICIO	1	El nombre completo de la empresa, institución o del trabajador que solicita los servicios de asesoría y asistencia técnica en materia de seguridad e higiene en el trabajo.
DOMICILIO PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES	2	El nombre de la calle, el número oficial exterior e interior, en su caso, colonia, localidad, código postal, delegación o municipio y entidad federativa en donde se encuentre ubicada la empresa.
TELEFONO(S)	3	El (los) número(s) telefónico(s) de la empresa u organismo que solicita el servicio.
FAX	4	El número de fax de la empresa.
RAMA INDUSTRIAL O GIRO DE LA EMPRESA	5	El nombre de la rama industrial que corresponda a la actividad preponderante de la empresa.
NUMERO DE TRABAJADORES DE LA EMPRESA	6	El número total de trabajadores que tiene contratados la empresa.
NOMBRE DEL SOLICITANTE	7	El nombre de la(s) persona(s) que suscribe(n) la solicitud de servicio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre(s).
CARGO	8	El nombre del puesto que ocupa la persona en la empresa u organismo que solicita el servicio.
R.F.C.	9	El número del Registro Federal de Contribuyentes de la empresa, persona u organismo que solicita el servicio.
TIPO DE SERVICIO	10	Una o más "X" en el (los) recuadro(s) correspondiente(s), al tipo de servicio(s) que solicita la empresa, persona u organismo.

	DIRECCION GENERAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	PAGINA 2
---	---	---------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE SERVICIOS DE ASESORIA Y ASISTENCIA TECNICA EN MATERIA DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO"

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
BREVE DESCRIPCION DE LA NECESIDAD POR LA QUE SE REQUIERE EL SERVICIO	11	La descripción de las necesidades detectadas por los solicitantes de los servicios de asesoría y asistencia técnica en materia de seguridad e higiene en el trabajo.
SERVICIO DIRIGIDO A	12	Una o más "X" en el (los) recuadro(s) correspondiente(s) a quien(es) va dirigido el servicio solicitado, de acuerdo a lo siguiente: personal directivo, trabajadores, ambos u otros especificándolos.
FECHA PROPUESTA PARA RECEPCION DEL SERVICIO	13	La fecha correspondiente (indicando día, mes y año) en la cual se iniciarían los servicios de asesoría y asistencia técnica en materia de seguridad e higiene en el trabajo.
RESULTADOS QUE ESPERA OBTENER DEL SERVICIO	14	Los resultados generales y específicos que se pretenden lograr y alcanzar con el tipo de servicio solicitado.
NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE COORDINAR EL SERVICIO SOLICITADO	15	El nombre, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre(s), así como el cargo de la persona en la empresa u organismo responsable de la coordinación del servicio solicitado.
TELEFONO(S)	16	El (los) número(s) telefónico(s) donde se pueda localizar al responsable de coordinar el servicio solicitado.

	DIRECCION GENERAL DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD	PAGINA 1
---	--	---------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE APOYO PARA EVENTOS"

NOMBRE DEL FORMATO	Solicitud de apoyo para eventos.
OBJETIVO	Llevar un registro y control de los servicios que requieren apoyo por parte del programa CIMO y son solicitados por las empresas en la unidad promotora de capacitación.
RESPONSABLE DE SU FORMULACION	Promotor de la unidad promotora de capacitación que realiza el trámite y representante de la empresa o en su caso de las empresas.
FORMA DE LLENADO	A máquina o letra de molde.

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
NUMERO DE SOLICITUD	1	Para uso exclusivo de la autoridad.
UNIDAD PROMOTORA DE CAPACITACION	2	Para uso exclusivo de la autoridad.
PROMOTOR	3	Para uso exclusivo de la autoridad.
FECHA	4	Para uso exclusivo de la autoridad.
NOMBRE DEL PROGRAMA	5	Para uso exclusivo de la autoridad.
CLAVE	6	Para uso exclusivo de la autoridad.
TIPO DE EVENTO	7	Para uso exclusivo de la autoridad.
NOMBRE DEL EVENTO	8	El nombre asignado al evento.
OBJETIVOS	9	Los objetivos generales del programa de capacitación o consultoría. Estos objetivos pueden referirse tanto a aspectos cuantitativos como cualitativos.
NUMERO DE EMPRESAS	10	El total de empresas participantes en el evento.
NUMERO DE PARTICIPANTES	11	El total de participantes programados para el evento.
NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA	12	El nombre o razón social de cada una de las empresas que participan en el evento.
RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA	13	El nombre de la rama industrial que corresponda a la actividad de la empresa.
CLAVE	14	para uso exclusivo de la autoridad.
TIPO DE EMPRESA	15	Una "X" en el cuadro correspondiente al tipo de empresa de que se trate, micro, pequeña o mediana.

	DIRECCION GENERAL DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD	PAGINA 2
--	--	---------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE APOYO PARA EVENTOS"

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
TOTAL DE TRABAJADORES	16	El total de trabajadores que tiene cada empresa participante.
NUMERO DE PARTICIPANTES	17	El total de directivos, administrativos, supervisores y operativos que participan en el evento
NECESIDADES A QUE RESPONDE	18	Descripción de las necesidades detectadas por la empresa o grupo de empresas y que se satisfacen con el evento solicitado.
OFERENTE	19	El nombre del oferente, institución o persona física que impartirá el curso o brindará la consultoría.
UPC	20	Para uso exclusivo de la autoridad.
FECHA DEL EVENTO	21	La fecha prevista del inicio del evento, anotando día, mes y año.
DURACION	22	El número de horas asignadas al evento.
HORARIO PROPLESTO	23	Horas de inicio y terminación del evento.
LUGAR DEL EVENTO	24	Ubicación del lugar donde se llevará a cabo el evento.
COSTO HORA DE INSTRUCCION	25	El costo previsto por hora para la realización del evento o actividad.
DESGLOSE DE CONCEPTO	26	Desglose de concepto de las aportaciones de la empresa.
COSTO TOTAL (SIN IVA)	27	El costo total sin Impuesto al Valor Agregado (IVA), para la realización del evento o actividad.
IVA	28	El importe del IVA a pagar.
COSTO TOTAL	29	La suma de las cantidades señaladas en los numerales 25 y 26.
APORTACIONES STPS	30	La cantidad y el porcentaje de apoyo financiero del programa CIMO autorizado para cada concepto.
APORTACION EMPRESAS	31	La cantidad y el porcentaje que aportan las empresas participantes en el evento o actividad.
OTROS	32	La aportación de otros organismos o personas involucradas en la realización del evento o actividad.
TOTAL	33	La suma del costo total sin IVA, la suma del IVA, la suma del costo total con IVA y la suma de las aportaciones de la STPS, las empresas y de otros organismos.
OBSERVACIONES	34	Los comentarios y sugerencias detectadas para la realización del evento o actividad.



DIRECCION GENERAL DE CAPACITACION
Y PRODUCTIVIDAD

PAGINA
3

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE APOYO PARA EVENTOS"

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
DOCUMENTOS ANEXOS	35	Para uso exclusivo de la autoridad.
NOMBRE Y FIRMA DEL PROMOTOR	36	Para uso exclusivo de la autoridad.
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA UPC	37	Para uso exclusivo de la autoridad.

FORMATO: "REGISTRO DE VACANTES"

PARA EL TRAMITE:

ATENCIÓN A EMPLEADORES PARA LA COBERTURA DE SUS VACANTES.

DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE:

Las empresas que requieren personal tienen la posibilidad de recurrir a los Servicios Estatales de Empleo (SEE) o a los Centros Delegacionales Promotores de Empleo, Capacitación y Adiestramiento (CEDEPECA), ya sea que se encuentren en las entidades federativas o en el Distrito Federal, respectivamente, para que las apoyen en la búsqueda de dicho personal. Con este fin, las empresas proporcionan información sobre las características sociodemográficas, de calificación y experiencia laboral del personal que solicitan.

La solicitud de personal puede realizarse por teléfono, fax, correo o personalmente en las oficinas de los SEE o CEDEPECA en el momento en que la empresa requiere el servicio.



Dirección General de Empleo

Registro de vacantes

NOTAS:
LAS ÁREAS SOMBRADAS SERÁN LLENADAS CON DATOS GENERADOS POR EL SERVICIO DE EMPLEO. ESTE FORMATO LO LLENARÁN LOS CONSEJEROS DE LOS SERVICIOS DE EMPLEO CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL EMPLEADOR VÍA TELEFÓNICA, FAX, MENSAJERÍA, CORREO CERTIFICADO, PERSONALMENTE O A TRAVÉS DE REPRESENTANTE LEGAL.

CLAVE OCUPACIONAL		FECHA DE CAPTACIÓN		
		DÍA	MES	AÑO
FOLIO/NUM.		R-C		
UNIDAD OPERATIVA	CLAVE	ENTIDAD FEDERATIVA		
CONSEJERO				CLAVE

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO		TIPO DE CONTRATO	
PUESTO OÍ RECIBIDO		PERMANENTE	
		EVENYUAL	
TURNO		T/COMPLETO	T/PARCIAL
HORARIO		SALARIO OFRECIDO (MENSUAL)	
DE A		\$	
Causas que origina(n) la(s) vacante(s):		Puesto(s) de nueva creación	
Reposición de personal <input type="checkbox"/>		Empresa nueva <input type="checkbox"/>	
Necesidades temporales de mano de obra <input type="checkbox"/>			
Otra(s) <input type="checkbox"/> especifique			

REQUISITOS DEL PUESTO													
EXPERIENCIA EN EL PUESTO (AÑOS)						ESCOLARIDAD MÍNIMA REQUERIDA			RANGO DE EDAD PREFERENTE				
Ninguna 6 m o 1 1 a 2 2 a 3 3 o más									ENTRE Y AÑOS				
SEXO		ESTADO CIVIL				COMPLEXIÓN			ESTATURA		DISPONIBILIDAD PARA VIAJAR		
M	F	Indio	Soltero	Casado	Indistinto	Delgada	Medio	Robusta			SI	NO	
LICENCIA DE MANEJO		PASAPORTE		CARTILLA SMN		IDIOMAS		Escribe		HABLA		RADICAR FUERA	
SI NO		SI NO		SI NO		Traduce		R B MB R B MB R B MB		SI NO		SI NO	
						R B MB R B MB R B MB				Otros requisitos:			
						R = regular B = bien MB = muy bien							
ACTIVIDADES A REALIZAR:						HABILIDADES REQUERIDAS							
PRESENTACIÓN						1 2 3 4							

PRESTACIONES OFRECIDAS									
SUPERIORES A LAS DE LEY				CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO		POSIBILIDAD DE PLANTA		POSIBILIDAD DE PROMOCIÓN	
SI NO				SI NO		SI NO		SI NO	
OTRAS PRESTACIONES (ESPECIFIQUE)									


DATOS GENERALES DEL EMPLEADOR							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL							
DOMICILIO							
CALLE		NUM. EXTERIOR		NUM. INTERIOR		CÓDIGO	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA		CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO(S)	
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL		CLAVE		NÚMERO DE TRABAJADORES OCUPADOS			
				DE 1 A 15 TRABAJADORES <input type="checkbox"/>			
				DE 16 A 100 TRABAJADORES <input type="checkbox"/>			
				DE 101 A 250 TRABAJADORES <input type="checkbox"/>			
				MÁS DE 250 TRABAJADORES <input type="checkbox"/>			

	DIRECCION GENERAL DE EMPLEO	PAGINA 1
--	------------------------------------	--------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "REGISTRO DE VACANTES"

NOMBRE DEL FORMATO	Registro de vacantes.
OBJETIVO	Registrar los requerimientos de personal de las empresas que acuden al Servicio Nacional de Empleo
RESPONSABLE DE SU FORMULACION	Consejero de empleo y representante de la empresa solicitante.
FORMA DE LLENADO	A máquina o letra de molde donde corresponda.

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
CLAVE OCUPACIONAL	1	Para uso exclusivo de la autoridad.
FECHA DE CAPTACION	2	Para uso exclusivo de la autoridad.
FOLIO NUMERO	3	Para uso exclusivo de la autoridad.
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	4	Para uso exclusivo de la autoridad.
UNIDAD OPERATIVA	5	Para uso exclusivo de la autoridad.
CLAVE	6	Para uso exclusivo de la autoridad.
ENTIDAD FEDERATIVA	7	Para uso exclusivo de la autoridad.
CONSEJERO	8	Para uso exclusivo de la autoridad.
CLAVE	9	Para uso exclusivo de la autoridad.
PUESTO OFRECIDO	10	El nombre del puesto ofrecido por el empleador (en caso de concertarse la evaluación del candidato, anotar "EVA").
TIPO DE CONTRATO	11	Una "X" en el recuadro correspondiente, si la relación de trabajo será por tiempo indeterminado (permanente) o para obra o tiempo determinado (eventual).
TURNO	12	El turno en el que se ofrece(n) la(s) vacante(s).
HORARIO	13	El horario de inicio y término de la jornada de trabajo.
NUMERO DE PLAZAS	14	El número de plazas ofrecidas por el empleador.
SALARIO OFRECIDO (MENSUAL)	15	El salario mensual que ofrece el empleador (no se debe consignar salarios diarios, quincenales, por "comisión" o "a tratar").

	DIRECCION GENERAL DE EMPLEO	PAGINA 2
---	------------------------------------	---------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "REGISTRO DE VACANTES"

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
CAUSAS QUE ORIGINA (N) LA(S) VACANTE(S)	16	Una o más "X" en el (los) recuadro(s) correspondiente(s) a la(s) causa(s), cuando el empleador señale el recuadro "Otra(s)" deberá especificarla(s).
EXPERIENCIA EN EL PUESTO	17	Una "X" en el recuadro correspondiente a la experiencia que debe(n) tener el (los) candidato(s) en el puesto de acuerdo a: ninguna, de 6 meses a 1 año, 1 a 2 años, 2 a 3 años o 3 años o más.
ESCOLARIDAD MINIMA REQUERIDA	18	Los estudios mínimos que debe(n) tener el(los) candidato(s) para ocupar la(s) vacante(s).
RANGO DE EDAD PREFERENTE	19	El rango de edad que preferentemente debe(n) tener el(los) candidato(s) para ocupar la(s) vacante(s).
SEXO	20	Una "X" en el recuadro correspondiente, al sexo del (de los) candidato(s) que el empleador solicita preferentemente para cubrir la(s) vacante(s): masculino, femenino o indistinto del (de los) aspirante(s).
ESTADO CIVIL	21	Una "X" en el recuadro correspondiente, al estado civil del (de los) candidato(s) que el empleador solicita preferentemente para cubrir la(s) vacante(s): soltero, casado o indistinto del (de los) aspirante(s).
COMPLEXION	22	Una "X" en el recuadro correspondiente, la complexión que debe tener el (los) solicitante(s) para cubrir la(s) vacante(s): delgada, mediana o robusta del (de los) aspirante(s).
ESTATURA	23	Estatura de la(s) persona(s) que se solicita(n) para cubrir la(s) vacante(s), expresada en metros.
DISPONIBILIDAD PARA VIAJAR	24	Una "X" en el recuadro correspondiente, si la(s) persona(s) que se requiere(n) para cubrir la vacante tiene(n) disponibilidad para viajar.
RADICAR FUERA	25	Una "X" en el recuadro correspondiente, si la(s) persona(s) que se requiere(n) para cubrir la(s) vacante(s) puede(n) radicar fuera del lugar en el que se ofrece(n).
LICENCIA DE MANEJO	26	Una "X" en el recuadro correspondiente, si la(s) persona(s) que se solicita(n) para cubrir la(s) vacante(s) requiere(n) licencia de manejo.
PASAPORTE	27	Una "X" en el recuadro correspondiente, si la(s) persona(s) que se solicita(n) para cubrir la(s) vacante(s) requiere(n) pasaporte.
CARTILLA S M N	28	Una "X" en el recuadro correspondiente, si la(s) persona(s) que se requiere(n) para cubrir la(s) vacante(s), requiere(n), cartilla del Servicio Militar Nacional liberada.

	DIRECCION GENERAL DE EMPLEO	PAGINA 3
--	------------------------------------	---------------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "REGISTRO DE VACANTES"

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
IDIOMA	29	El nombre del idioma o idiomas extranjeros que se requiere(n) para cubrir la vacante, y una "X" en el recuadro correspondiente al nivel necesario para traducirlo(s), escribirlo(s) o hablarlo(s) de acuerdo a lo siguiente: R = Regular; B = Bien; y MB = Muy bien.
OTROS REQUISITOS	30	Si se requieren otros requisitos complementarios para cubrir la(s) vacante(s).
ACTIVIDADES A REALIZAR Y HABILIDADES REQUERIDAS	31	Descripción de la(s) actividad(es) que realizará(n) la(s) persona(s) que cubra(n) la(s) vacante(s) y las habilidades requeridas, incluyendo el manejo de maquinaria y equipo.
PRESENTACION	32	Para uso exclusivo de la autoridad.
PRESTACIONES OFRECIDAS	33	Una "X" en el recuadro correspondiente, si se ofrecen prestaciones superiores a las de Ley.
CAPACITACION Y/O ENTRENAMIENTO	34	Una "X" en el recuadro correspondiente, si la empresa proporcionará capacitación y/o adiestramiento inmediata a la persona seleccionada para cubrir la vacante.
POSIBILIDAD DE PLANTA	35	En el caso de que la vacante que se ofrece sea por obra o tiempo determinado (eventual), una "X" en el recuadro correspondiente si el trabajador que solicita el puesto tendrá la posibilidad de contratación de planta en la empresa.
POSIBILIDAD DE PROMOCION	36	Una "X" en el recuadro correspondiente, si la(s) persona(s) que se requiere(n) para cubrir la(s) vacante(s) tendrá(n) posibilidades de promoción dentro de la empresa para ascender de puesto.
OTRAS PRESTACIONES	37	Descripción de otras prestaciones que serán ofrecidas a quien(es) ocupe(n) la(s) vacante(s); por ejemplo: servicio de comedor, despensa, ropa y calzado de trabajo, transporte, etcétera.
NOMBRE O RAZON SOCIAL	38	El nombre completo de la empresa que ofrece la(s) vacante(s).
DOMICILIO	39	El nombre de la calle, el número oficial exterior e interior, en su caso, colonia, delegación o municipio, entidad federativa y código postal en donde se encuentra ubicada la empresa.

	DIRECCION GENERAL DE EMPLEO	PAGINA 4
---	------------------------------------	---------------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "REGISTRO DE VACANTES"

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
TELEFONO(S)	40	El (los) número(s) telefónico(s) de la empresa que ofrece la(s) vacante(s)
ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	41	La actividad preponderante a la que se dedica la empresa.
CLAVE	42	Para uso exclusivo de la autoridad.
NUMERO DE TRABAJADORES OCUPADOS	43	El número exacto de trabajadores ocupados por la empresa si lo proporciona el empleador, o bien una "X" en el recuadro correspondiente al rango de trabajadores ocupados en la empresa.
PERSONA QUE SOLICITA EL SERVICIO	44	El nombre completo de la persona física que tramita por la empresa el servicio.
PUESTO	45	El nombre del puesto que ocupa la persona que tramita el servicio. En su caso, anotar si se trata del representante legal.
ENTREVISTADOR	46	El nombre completo de la persona que entrevistará al (a los) candidato(s).
PUESTO	47	El nombre del puesto que ocupa la persona que entrevistará al (a los) candidato(s).
HORARIO DE ENTREVISTA	48	La que señale el empleador.
DIA(S) DE ENTREVISTA	49	El (los) día(s) en que será(n) entrevistado(s) el (los) candidato(s).
COMO SE ENTERO DEL SEE	50	En caso de ser primera vez que el empleador utiliza el servicio del SEE, una o más "X" en el (los) recuadro(s) correspondiente(s) de acuerdo a lo siguiente: radio, televisión, cartel, periódico u otros.
EXPERIENCIA EN SU RELACION CON EL SEE	51	En caso de que el empleador con antelación haya ofrecido una(s) vacante(s) al SEE, una "X" en el recuadro correspondiente a la atención que haya recibido de éste, de acuerdo a lo siguiente: insatisfactoria, regular, buena o muy buena.
DIFICULTADES CON LOS ENVIOS	52	En caso de que el SEE haya enviado candidatos a cubrir una vacante en la empresa, una "X" en el recuadro correspondiente, a las dificultades con los envíos, de acuerdo a lo siguiente: ninguna, retraso, inadecuado u otros.
OBSERVACIONES	53	Para uso exclusivo de la autoridad.
CONSEJERO DE EMPLEO	54	Para uso exclusivo de la autoridad.

FORMATO: "SOLICITUD DE ACCIONES DE CAPACITACION MIXTA"

PARA EL TRAMITE:

ATENCIÓN A EMPRESAS QUE REQUIEREN CURSOS EN LA MODALIDAD DE CAPACITACION MIXTA.

DESCRIPCION DEL TRAMITE:

Las empresas que requieren personal y no lo encuentran con el perfil adecuado, pueden solicitar apoyo a los Servicios Estatales de Empleo (SEE) o en el Distrito Federal a los Centros Delegacionales Promotores de Empleo, Capacitación y Adiestramiento (CEDEPECA), para capacitar a la población en búsqueda de empleo, de acuerdo con sus requerimientos.

Un representante de la empresa puede acudir personalmente a las oficinas de los SEE o CEDEPECA para plantear sus necesidades de personal calificado, con las que conjuntamente se analizan los requerimientos específicos del apoyo, y la forma en que puede proporcionarse.

Solicitud de acciones de capacitación mixta



Dirección General de Empleo

GOBIERNO DEL ESTADO DE

SERVICIO ESTATAL DE EMPLEO DE

FECHA		
DIA	MESES	AÑO

DATOS GENERALES DE LA EMPRESA
 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA: _____ CLAVE: _____
 DOMICILIO: _____ CALLE: _____ COLONIA: _____
 TELEFONO: _____
 NUMERO INTERIOR: _____
 NUMERO EXTERIOR: _____
 ENTIDAD FEDERATIVA: _____ CODIGO POSTAL: _____

INICIO DE CURSOS		ESPECIALIDAD DE LOS CURSOS	No DE BECAS	FECHA DE INICIO	TERMINO	APORTACION DE LA EMPRESA (PESOS)			TOTAL
MUNICIPIO	LOCALIDAD					TRANSPORTE	MATERIALES DE CAPACITACION	INSTRUCTOR	
					TOTAL (C)				

TERMINACION DE CURSOS		ESPECIALIDAD DE LOS CURSOS	BECAS OTORGADAS	FECHA DE INICIO	TERMINO	APORTACION DE LA EMPRESA MONTO REALES			TOTAL (1)
MUNICIPIO	LOCALIDAD					TRANSPORTE	MATERIALES DE CAPACITACION	INSTRUCTOR	
					TOTAL (2)				

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL _____
 FIRMA DE TERMINACION DE LOS CURSOS _____
 Vº Bº _____
 * SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL _____ JEFE DEL SERVICIO DE EMPLEO

NOTA: LLENAR AMAGUINA O CON LETRA DE BOL DE Y PRESENTARLO EN ORIGINAL Y COPIA PARA ACUSE DE RECIBO. LAS AREAS SOBRESERVIDAS SERAN LLENADAS POR EL SERVIDARIO AL FINALIZAR EL EVENTO. ASISTIRAN SU FIRMA PARA VALIDAR LAS APORTACIONES REALIZADAS EN LOS CURSOS AUTORIZADOS.
 ANEXO: PROGRAMA(S) DE CAPACITACION (ORIGINAL Y COPIA)

	DIRECCION GENERAL DE EMPLEO	PAGINA 1
--	------------------------------------	--------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE ACCIONES DE CAPACITACION MIXTA"

NOMBRE DEL FORMATO	Solicitud de acciones de capacitación mixta.
OBJETIVO	Atender y registrar las solicitudes de apoyo que en la modalidad de capacitación mixta, presenten las empresas ante las oficinas del SEE o CEDEPECA.
RESPONSABLE DE SU FORMULACION	Consejero de empleo y solicitante del servicio o representante legal.
FORMA DE LLENADO	A máquina o letra de molde


DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
GOBIERNO DEL ESTADO DE	1	Para uso exclusivo de la autoridad.
SERVICIO ESTATAL DE EMPLEO DE	2	Para uso exclusivo de la autoridad.
FECHA	3	La fecha de recepción del formato requisitado.
NOMBRE O RAZON SOCIAL	4	El nombre completo de la empresa o razón social.
ACTIVIDAD ESPECIFICA O GIRO DE LA EMPRESA	5	La actividad preponderante a la que se dedica la empresa.
CLAVE	6	Para uso exclusivo de la autoridad.
DOMICILIO	7	El nombre de la calle, el número oficial exterior e interior, en su caso, colonia, delegación o municipio, entidad federativa y código postal donde se encuentra ubicada la empresa.
TELEFONO	8	El número telefónico de la empresa que solicita el servicio.
INICIO DE CURSO (S)	9	Para uso exclusivo de la autoridad.
NUMERO DE CURSO	10	Para uso exclusivo de la autoridad.
MUNICIPIO	11	Para uso exclusivo de la autoridad.
LOCALIDAD	12	Para uso exclusivo de la autoridad.
ESPECIALIDAD DE LOS CURSOS	13	El nombre del curso según el Catálogo de Especialidades de la Dirección General de Empleo.
NUMERO DE BECAS	14	El número de becas solicitadas.
FECHAS	15	Las fechas propuestas de inicio y término del (los) curso(s) solicitado(s). Con seis dígitos, la fecha en que dará inicio y término la capacitación, utilizando dos para el día, dos para el mes y dos para los últimos dígitos del año.



DIRECCION GENERAL DE EMPLEO

PAGINA
2INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE ACCIONES
DE CAPACITACION MIXTA"

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
APORTACION DE LA EMPRESA	16	Los montos de las aportaciones de la empresa por curso y solicitud, de acuerdo con los conceptos que se especifican.
TRANSPORTE	16.1	La cifra correspondiente al monto total, que por concepto de ayuda de transporte, la empresa aportará a los becarios. Esta cifra se obtiene multiplicando el número de becarios por el número de días que durará el curso, y el producto de esta operación se multiplica por la tarifa correspondiente (cinco pesos para la zona salarial "A"; tres pesos con cincuenta centavos para la "B" y dos pesos para la "C").
MATERIALES DE CAPACITACION	16.2	El monto de los recursos que aportará la empresa para cubrir en su totalidad los gastos del material para la capacitación.
INSTRUCTOR	16.3	El monto de los recursos que la empresa aportará para cubrir los honorarios del instructor.
OTROS	16.4	Para uso exclusivo de la autoridad.
TOTAL	16.5	La suma por renglón de los montos registrados en los conceptos de: transporte, materiales de capacitación, instructor y otros.
TOTAL "C"	17	Para uso exclusivo de la autoridad
TERMINACION DE CURSO(S)	18	Para uso exclusivo de la autoridad.
NUMERO DE CURSO	19	Para uso exclusivo de la autoridad.
MUNICIPIO	20	Para uso exclusivo de la autoridad.
LOCALIDAD	21	Para uso exclusivo de la autoridad.
ESPECIALIDAD DE LOS CURSOS	22	Para uso exclusivo de la autoridad.
BECAS OTORGADAS	23	Para uso exclusivo de la autoridad.
FECHA DE	24	Para uso exclusivo de la autoridad.
INICIO	24.1	Para uso exclusivo de la autoridad.
TERMINO	24.2	Para uso exclusivo de la autoridad.
APORTACION DE LA EMPRESA. MONTOS REALES	25	Para uso exclusivo de la autoridad.
TRANSPORTE	25.1	Para uso exclusivo de la autoridad.

	DIRECCION GENERAL DE EMPLEO	PAGINA 3
INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE ACCIONES DE CAPACITACION MIXTA"		

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
MATERIALES DE CAPACITACION	25.2	Para uso exclusivo de la autoridad.
INSTRUCTOR	25.3	Para uso exclusivo de la autoridad.
OTROS	25.4	Para uso exclusivo de la autoridad.
TOTAL (1)	26	Para uso exclusivo de la autoridad.
TOTAL (2)	27	Para uso exclusivo de la autoridad.
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	28	El nombre completo del solicitante o representante legal de la empresa y firma, al solicitar el (los) curso(s).
SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL	29	Para uso exclusivo de la autoridad.
JEFE DEL SERVICIO DE EMPLEO	30	Para uso exclusivo de la autoridad.

VII. TENDENCIAS POR ÁMBITO DE IMPACTO
EMPRESAS:
TRABAJADORES:
GRUPOS DE EMPRESAS:
OFERTA DE CAPACITACIÓN/CONSULTORÍA:
ORGANISMOS EMPRESARIALES:
ORGANIZACIONES DE TRABAJADORES:
INSTITUCIONES DE APOYO:

	DIRECCION GENERAL DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD	PAGINA 1
---	--	---------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "PROGRAMA DE CAPACITACION/CONSULTORIA"

NOMBRE DEL FORMATO	Programa de capacitación/consultoría.
OBJETIVO	Llevar un registro y control de los programas de apoyo en materia de capacitación o consultoría solicitados por las Micro, Pequeñas y Medianas Empresas, ante la unidad promotora de capacitación.
RESPONSABLE DE SU FORMULACION	Promotor de la unidad promotora de capacitación que realiza el trámite y representante legal de la empresa u organismo empresarial solicitante.
FORMA DE LLENADO	A máquina o letra de molde.

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
UNIDAD PROMOTORA DE CAPACITACION	1	Para uso exclusivo de la autoridad.
NOMBRE DEL PROGRAMA	2	El nombre completo del programa.
FECHA	3	Para uso exclusivo de la autoridad.
TIPO	4	Si el programa es de capacitación, una "X" en el recuadro correspondiente a la modalidad del programa, de acuerdo a lo siguiente: R = Rama, T = Tema, P = Proveedor, C = Cliente. Si el programa es de consultoría, una "X" en el recuadro que dice consultoría.
CLAVE DEL PROGRAMA	5	Para uso exclusivo de la autoridad.
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	6	Las labores previas que dan origen al programa (sensibilización, promoción, difusión, si es continuación de un programa realizado en años anteriores, etc.). Así mismo, fundamentar las razones que justifican llevar a cabo el programa propuesto: problemática de los destinatarios, pertinencia de la propuesta; y, en el caso de la continuación de un programa, cuál ha sido su evolución, los principales resultados y las razones para seguir apoyando a las empresas o grupos de empresas participantes.
DIAGNOSTICO	7	Descripción de la situación y necesidades que originan el programa de capacitación/consultoría solicitado.
OBJETIVOS	8	Los objetivos generales del programa de capacitación o consultoría. Estos objetivos pueden referirse tanto a aspectos cuantitativos (indicadores de mejora) como cualitativos.
ESTRATEGIA DE INTERVENCION	9	Las líneas generales de acción y la metodología que se seguirá, así como las etapas en que se realizará el programa y la forma en que se organizarán las acciones.



**DIRECCION GENERAL DE CAPACITACION
Y PRODUCTIVIDAD**

**PAGINA
2**

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "PROGRAMA DE CAPACITACION/CONSULTORIA"

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
PROGRAMACION. CRONOGRAMA DE ACTIVDADES	10	La descripción de la programación de actividades.
NUMERO	10.1	El número consecutivo del evento (curso o actividad de consultoría).
NOMBRE DEL EVENTO	10.2	El nombre asignado al evento que forma parte del programa.
FECHAS	10.3	Fechas previstas de inicio y terminación del evento.
NUMERO DE HORAS	10.4	El número de horas asignadas al evento.
OFERENTE	10.5	El nombre del oferente que impartirá el curso o brindará la consultoría.
NUMERO DE EMPRESAS	10.6	El número de empresas programadas para participar en el evento o actividad.
NUMERO DE PARTICIPANTES	10.7	El número de participantes programados por evento.
COSTO TOTAL	10.8	El costo total previsto para la realización del evento o actividad.
APORTACIONES	10.9	La aportación prevista del programa CIMO, de acuerdo al porcentaje de apoyo autorizado por tipo de servicio. Cantidad que aportarán las empresas participantes en el programa o actividad, así como la aportación de otros organismos o personas involucradas en la realización del programa o actividad.
TOTALES	10.10	La suma vertical de los conceptos incluidos.
EMPRESAS PARTICIPANTES	11	El listado de las empresas que participan en el programa.
NUMERO	11.1	El número progresivo de las empresas que participarán en el programa.
NOMBRE O RAZON SOCIAL	11.2	El nombre, denominación o razón social de la(s) empresa(s) que participa(n) en el programa.
NUMERO DE PARTICIPANTES	11.3	El número total de participantes por cada empresa involucrada en el programa.
TOTAL	11.4	La suma de los participantes de todas las empresas que involucra el programa.
TENDENCIAS POR AMBITO DE IMPACTO	12	Los impactos que se espera(n) alcanzar en cada ámbito anotado.

	DIRECCION GENERAL DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD	PAGINA 3
---	--	---------------------

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "PROGRAMA DE CAPACITACION/CONSULTORIA"

DICE	No.	SE DEBE ANOTAR
EVALUACION Y SEGUIMIENTO	13	Descripción de la estrategia y actividades de evaluación y seguimiento que se llevarán a cabo en el marco del programa de referencia.
NOMBRE Y FIRMA DEL PROMOTOR	14	Para uso exclusivo de la autoridad.
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA UPC	15	Para uso exclusivo de la autoridad.