



OSTOS ABOGADOS  
ASESORÍA JURÍDICA LABORAL

## **DOCUMENTOS REQUERIDOS EN UNA INSPECCIÓN POR LA SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL - CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO -**

- 1. Copia certificada del poder notarial e identificación del Representante Legal de la empresa o Identificación de Representante Patronal y afiliación al IMSS.**
- 2. Identificación de 2 testigos de asistencia para el desahogo de inspección designados por el representante legal o patronal.**
- 3. Información general del Centro de Trabajo**
  - Nombre comercial, razón social, domicilio, teléfono, fax, correo electrónico.
  - Tipo de establecimiento y sus instalaciones.
- 4. Constancia de situación fiscal - Registro Federal de Contribuyentes.**
- 5. Acta constitutiva y sus modificaciones.**
- 6. Relación total de trabajadores, que incluya género y categoría de empleados**  
De planta, sindicalizados, de confianza, eventuales, extranjeros, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, menores de edad.
- 7. Información de subcontratación.**
  - Datos de la empresa contratista: nombre, domicilio, actividades, REPSE.
  - Contrato de prestación de servicios u obra donde conste el número de trabajadores puestos a disposición, así como el registro del REPSE.
- 8. Aviso del registro patronal ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con clase y grado de riesgo.**
  - Esquema de seguridad social.
  - Número de registro patronal.
  - Inscripción de trabajadores de la empresa y trabajadores subcontratados ante IMSS.
- 9. Actividad Económica o Proceso Productivo (si aplica).**



OSTOS ABOGADOS  
ASESORÍA JURÍDICA LABORAL

**10. Tipos de Contratación laboral.**

- Contratos individuales de trabajo celebrados con los trabajadores.
- Contrato Colectivo o Contrato Ley que rija las relaciones colectivas de la empresa.
- Contratos de subcontratación.

**11. Cláusulas relativas a la Capacitación y Adiestramiento en los contratos individuales y contratación colectiva.**

**12. Acta de integración de la Comisión Mixta de Capacitación, Adiestramiento y Productividad.**

Formato DC-1 – Aplicable para empresas con más de 50 colaboradores.

**13. Planes y programas de Capacitación, Adiestramiento y Productividad.**

Deben tener una vigencia no mayor a 2 años.

Formato DC-2.

**14. Relación de constancias de competencias o habilidades laborales.**

Expedidas a los trabajadores durante el último año y autenticadas por la Comisión Mixta (más de 50 trabajadores) o por el Representante Legal (menos de 50 trabajadores).

Formato DC-3.

**15. Certificados de competencia laboral emitidos por Autoridad competente en caso de que los trabajadores se nieguen a recibir capacitación.**

**16. Acuse de recibo de listas de constancias de competencias o habilidades laborales presentadas y registradas ante la Secretaría de Trabajo y Previsión Social.**

Formato DC-4, los cuales se deben generar dentro de los 60 días del vencimiento del plan de capacitación correspondiente.



OSTOS ABOGADOS  
ASESORÍA JURÍDICA LABORAL

## **DOCUMENTOS REQUERIDOS EN UNA INSPECCIÓN POR LA SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL - CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO -**

- 1. Copia certificada del poder notarial e identificación del Representante Legal de la empresa o Identificación de Representante Patronal y afiliación al IMSS.**
- 2. Identificación de 2 testigos de asistencia para el desahogo de inspección designados por el representante legal o patronal.**
- 3. Información general del Centro de Trabajo.**
  - Nombre comercial, razón social, domicilio, teléfono, fax, correo electrónico.
  - Tipo de establecimiento y sus instalaciones.
- 4. Constancia de situación fiscal - Registro Federal de Contribuyentes.**
- 5. Acta constitutiva y sus modificaciones.**
- 6. Relación total de trabajadores, que incluya género y categoría de empleados.**

De planta, sindicalizados, de confianza, eventuales, extranjeros, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, menores de edad.
- 7. Información de subcontratación.**
  - Datos de la empresa contratista: nombre, domicilio, actividades, REPSE.
  - Contrato de prestación de servicios u obra especializada donde conste el número de trabajadores puestos a disposición, así como el registro del REPSE.
  - Copias de los comprobantes fiscales del pago de salarios de los trabajadores subcontratados; los recibos de pago del Impuesto Sobre la Renta y de las cuotas obrero-patronales al IMSS y aportaciones al INFONAVIT.
  - Copia de la declaración del Impuesto al Valor Agregado del contratista y su acuse de recibo de pago.
  - Constancia que acredite la supervisión sobre el cumplimiento de las obligaciones laborales que tiene el contratista respecto a los trabajadores.



OSTOS ABOGADOS  
ASESORÍA JURÍDICA LABORAL

8. **Aviso del registro patronal ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con clase y grado de riesgo.**
  - Esquema de seguridad social.
  - Número de registro patronal.
  - Inscripción de trabajadores de la empresa y trabajadores subcontratados ante IMSS.
  
9. **Actividad Económica o Proceso Productivo (si aplica).**
  
10. **Contratos individuales de trabajo celebrados con los trabajadores.**  
Condiciones de trabajo aplicables y periodos de prueba o capacitación.
  
11. **Contrato Colectivo o Contrato Ley que rija las relaciones colectivas de la empresa.**
  - Acuse que acredite fecha de su depósito ante la Autoridad Laboral y documento en el que conste la última revisión contractual o prórroga.
  
12. **Reglamento Interior de Trabajo.**
  - Acta de integración de la Comisión Mixta encargada de elaborar el reglamento interior de trabajo.
  - Acuse de recibo que acredite la fecha de su depósito ante el Centro Federal de Conciliación y Registro Laboral.
  - Comprobantes de la entrega de un ejemplar del Reglamento a cada trabajador.
  
13. **Nóminas y CFDI o recibos de pago.**  
Pago de salarios, aguinaldo, vacaciones y prima vacacional.
  
14. **Controles de asistencia al centro de trabajo, jornadas extraordinarias, días de descanso.**
  
15. **Declaración de impuestos del último ejercicio fiscal y comprobante de entrega a los trabajadores de ésta.**
  
16. **Proyecto de reparto de utilidades a los trabajadores.**
  - Acta de integración de la Comisión Mixta de Reparto de Utilidades.
  - Recibos de pago de la PTU.
  
17. **Acta de integración de la Comisión Mixta de antigüedades y cuadro general de antigüedades.**



**OSTOS ABOGADOS**  
ASESORÍA JURÍDICA LABORAL

- 18. Comprobantes para acreditar el otorgamiento de becas y fomento de actividades culturales y deportivas.**
- 19. Constancias de pago de las cuotas obrero-patronales ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).**
- 20. Inscripción ante el el Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores (INFONACOT).**
- 21. Constancias de aportaciones y amortizaciones ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) y el Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores (INFONACOT).**



SECRETARÍA DEL TRABAJO  
Y PREVISIÓN SOCIAL

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

**CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD  
Formato DC-1  
INFORME SOBRE LA CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA 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 (SHCP)

Registro patronal del I.M.S.S. (Una letra o número y 10 dígitos)

Clave Única de Registro de Población. - En caso de persona física \*

Calle

No. Exterior

No. Interior

Colonia

Código postal (5 dígitos)

Entidad federativa

Municipio o delegación política

Localidad

Teléfono (s)

Actividad o giro principal

Número de trabajadores de la empresa

**DATOS DE LA COMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD**

Número de establecimientos en que rige <sup>1</sup>

Número total de integrantes

Fecha de

Año

Mes

Día

constitución

**Los datos se proporcionan bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo  
aquél 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 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.

- Llenar un formato por cada comisión mixta que exista en la empresa.

- Llenar a máquina o con letra de molde.

- Llenar el formato y conservarlo en los registros internos de la empresa, junto con la documentación de la integración y funcionamiento de la comisión mixta y las actividades durante los últimos doce meses.

\* Datos no obligatorios

DC-1 ANVERSO

**ESTABLECIMIENTOS EN LOS QUE RIGE LA COMISIÓN MIXTA 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.

Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación al Teléfono 2000-5126 o realizar la consulta al correo electrónico [registro@stps.gob.mx](mailto:registro@stps.gob.mx)



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 <input type="checkbox"/> al <input type="checkbox"/>					

**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.

Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación al Teléfono 2000-5126 o realizar la consulta al correo electrónico [registro@stps.gob.mx](mailto:registro@stps.gob.mx)



Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Listas de constancias de competencias o habilidades laborales

Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF	Expediente
Formato DC-4		

Datos de la empresa

Registro federal de contribuyentes con homoclave (SHCP):	Periodo de vigencia del plan (no deberá exceder de 2 años):
Clave Única de Registro de Población CURP (En caso de persona física)*:	Del: DD   MM   AAAA al: DD   MM   AAAA
Denominación o razón social:	Número de establecimientos considerados en la lista:
Registro patronal del IMSS:	

Código postal	Calle	Número exterior	Número interior
Colonia	Municipio o delegación	Estado o Distrito Federal	
Teléfono(s)	Correo electrónico	Fax*	
Actividad o giro principal			

Número de constancias expedidas	Hombres	Mujeres	Total

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

Nombre y firma solicitante o representante legal \_\_\_\_\_ Lugar y fecha de elaboración de este informe \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud DD | MM | AAAA

Notas e instrucciones

- Llenar a máquina o con letra de molde.
  - Escribir arriba de cada dígito de la homoclave del Registro Federal de Contribuyentes, la palabra número. Ejemplos: número 0, número 1, número 2, etc.
  - 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.
  - Las empresas deberán adjuntar la información de los trabajadores y de cada constancia de competencias o de habilidades laborales entregada a los trabajadores capacitados.
  - La falta de información en los datos opcionales, no será motivo para negar la presentación respectiva.
  - Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación, Adiestramiento y Productividad Laboral al teléfono 2000-5200 ext. 63265 o al correo electrónico registro@stps.gob.mx
- \* Datos no obligatorios

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).

**Contacto:**

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

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Establecimientos considerados en la lista de constancias de competencias o de habilidades laborales de capacitación, adiestramiento y productividad

Número consecutivo	Domicilio <small>(Anotar el domicilio conforme a los datos solicitados en el anverso de este formato para cada establecimiento adicional)</small>	R.F.C. con homoclave (SHCP)	Registro patronal del IMSS

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Datos del trabajador

Clave Única de Registro de Población		Ocupación específica (consultar el catálogo al reverso)	
Nombre		Primer apellido	Segundo apellido
Código postal	Calle	Número exterior	Número interior
Colonia	Municipio o delegación	Estado o Distrito Federal	

Datos de certificación de competencias laborales

Nombre de la norma o estándar *	Fecha de emisión del certificado *
	DD   MM   AAAA

Datos académicos

Nivel máximo de estudios terminados		Documento probatorio	Institución educativa*
<input type="radio"/> 0. Ninguno	<input type="radio"/> 3. Bachillerato	<input type="radio"/> 1. Título	<input type="radio"/> 1. Pública
<input type="radio"/> 1. Primaria	<input type="radio"/> 4. Carrera Técnica	<input type="radio"/> 2. Certificado	<input type="radio"/> 2. Privada
<input type="radio"/> 2. Secundaria	<input type="radio"/> 5. Licenciatura	<input type="radio"/> 3. Diploma	
<input type="radio"/> 6. Maestría	<input type="radio"/> 7. Especialidad		
<input type="radio"/> 8. Doctorado			

Datos de capacitación

Nombre del curso	Duración (horas)
Área temática del curso (consultar catálogo al reverso)	Fecha de término
	DD   MM   AAAA
Agente capacitador	No de registro de agente capacitador externo ante la STPS o en caso de otro especificar (proveedor de bienes y servicios: extranjeros; STPS)
<input type="radio"/> 1. Interno	<input type="radio"/> 2 Externo
<input type="radio"/> 3. Otro	

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Modalidad de la capacitación	Objetivo de la capacitación
<input type="radio"/> 1. Presencial <input type="radio"/> 2. En línea <input type="radio"/> 3. Mixta	<input type="radio"/> 1. Actualizar y perfeccionar conocimientos y habilidades y proporcionar información de nuevas tecnologías <input type="radio"/> 2. Prevenir riesgos de trabajo <input type="radio"/> 3. Incrementar la productividad <input type="radio"/> 4. Mejorar el nivel educativo <input type="radio"/> 5. Preparar para ocupar vacantes o puestos de nueva creación

Notas e instrucciones

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Entregar el formato a la autoridad laboral solamente en original.
- El Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentra disponible en el reverso de la segunda parte del formato DC-4 y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx)
- El catálogo de áreas temáticas se encuentra disponible en el reverso de la segunda parte del formato DC-4 y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx)
- En caso de que el trabajador haya recibido más de una constancias de competencias o de habilidades laborales, deberá proporcionar del apartado "Datos del trabajador" únicamente su nombre y los datos de capacitación las veces que sean necesario en el formato DC-4 (segunda parte), así como en su caso, los datos que requiera actualizar.
- La falta de información en los datos opcionales, no será motivo para negar la presentación respectiva.
- \* Datos no obligatorios

Claves y denominaciones de áreas y subáreas del Catálogo Nacional de Ocupaciones

Clave del área/subárea	Denominación	Clave del área/subárea	Denominación
01	Cultivo, crianza y aprovechamiento	06	Transporte
01.1	Agricultura y silvicultura	06.1	Ferrovionario
01.2	Ganadería	06.2	Autotransporte
01.3	Pesca y acuicultura	06.3	Aéreo
02	Extracción y suministro	06.4	Marítimo y fluvial
02.1	Exploración	06.5	Servicios de apoyo
02.2	Extracción	07	Provisión de bienes y servicios
02.3	Refinación y beneficio	07.1	Comercio
02.4	Provisión de energía	07.2	Alimentación y hospedaje
02.5	Provisión de agua	07.3	Turismo
03	Construcción	07.4	Deporte y esparcimiento
03.1	Planeación y dirección de obras	07.5	Servicios personales
03.2	Edificación y urbanización	07.6	Reparación de artículos de uso doméstico y personal
03.3	Acabado	07.7	Limpieza
03.4	Instalación y mantenimiento	07.8	Servicio postal y mensajería
04	Tecnología	08	Gestión y soporte administrativo
04.1	Mecánica	08.1	Bolsa, banca y seguros
04.2	Electricidad	08.2	Administración
04.3	Electrónica	08.3	Servicios legales
04.4	Informática	09	Salud y protección social
04.5	Telecomunicaciones	09.1	Servicios médicos
04.6	Procesos industriales	09.2	Inscripción sanitaria y del medio ambiente
05	Procesamiento y fabricación	09.3	Seguridad social
05.1	Minerales no metálicos	09.4	Protección de bienes y/o personas
05.2	Metales	10	Comunicación
05.3	Alimentos y bebidas	10.1	Publicación
05.4	Textiles y prendas de vestir	10.2	Radio, cine, televisión y teatro
05.5	Materia orgánica	10.3	Interpretación artística
05.6	Productos químicos	10.4	Traducción e interpretación lingüística
05.7	Productos metálicos y de hule y plástico	10.5	Publicidad, propaganda y relaciones públicas
05.8	Productos eléctricos y electrónicos	11	
05.9	Productos impresos	11.1	Desarrollo y extensión del conocimiento
		11.2	Investigación
		11.3	Enseñanza
			Difusión cultural

Contacto:

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

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Claves y denominaciones del catálogo de áreas temáticas de los cursos

Clave del área	Denominación	Clave del área	Denominación
1000	Producción general	6000	Seguridad
2000	Servicios	7000	Desarrollo personal y familiar
3000	Administración, contabilidad y economía	8000	Uso de tecnologías de la información y comunicación
4000	Comercialización	9000	Participación social
5000	Mantenimiento y reparación		

**Contacto:**

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