Contenido

FORMATOS TRANSVERSALES GENERALES

FORMATOS PARA DOS MODALIDADES

FORMATOS CAPACITACIÓN MIXTA

FORMATOS CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL
Formatos Transversales Generales
Registro del solicitante

REGISTRO DEL SOLICITANTE

Entidad Federativa

Para brindarle un mejor servicio, le pedimos que proporcione todos los datos que se le solicitan, los cuales son obligatorios y bajo protesta de decir verdad. Este formulario deberá ser llenado con letra de moldes legibles y los datos será incorporados y tratados con fines de control y seguimiento en el sistema. De igual manera, serán protegidos conforme a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás normatividad aplicable.

Datos personales

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datos de la Clave Única de Registro de Población (CURP)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>La CURP le servirá como identificador para su registro en el Servicio Nacional de Empleo (SNE)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de nacimiento</th>
<th>Sexo</th>
<th>Lugar de nacimiento</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AAMMDD H</td>
<td>M</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Edad: 

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre(s)</th>
<th>Primer apellido</th>
<th>Segundo apellido</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

¿Tiene alguna discapacidad? 

- Ninyigua ( )
- Motora ( )
- Visual ( )
- Auditiva ( )
- Intelectual ( )
- Mental ( )

Datos de contacto

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teléfono: debe anotar un total de 10 dígitos (044 LADA + teléfono)</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teléfono tipo</th>
<th>Pata</th>
<th>LADA</th>
<th>Teléfono</th>
<th>no tengo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Personas ( )</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Personas ( )</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teléfono móvil</th>
<th>Clave</th>
<th>Teléfono</th>
<th>no tengo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Personas ( )</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Personas ( )</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Correo electrónico</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Personas ( )</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Nota: al menos un dato de contacto es obligatorio; el número de teléfono será verificado por el SNE, y por medio de correo se enviará una confirmación. En caso de no poder contactarlo a través de alguno de estos medios de contacto proporcionados, no se podrá brindar el apoyo.

Domicilio actual

<table>
<thead>
<tr>
<th>Código Postal</th>
<th>Entidad federativa donde radica</th>
<th>Municipio o delegación</th>
<th>Colonia</th>
<th>Localidad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Calle

<table>
<thead>
<tr>
<th>Número exterior</th>
<th>Número interior</th>
</tr>
</thead>
</table>

¿Entre qué calles?

Confidencialidad de datos

¿Desea que sus datos personales permanezcan confidenciales para el contacto inicial con el empleador? 

- Sí ( )
- No ( )
### Escolaridad y otros conocimientos

#### Estudios

<table>
<thead>
<tr>
<th>Último grado de estudios</th>
<th>Carrera o especialidad</th>
<th>Situación académica</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>N/A</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¿Realizó sus estudios con apoyo de PROSPERA Programa de Inclusión Social? ( ) Sí ( ) No

Si cuenta con No. de Familia ID PROSPERA anótelo en el siguiente recuadro:

<table>
<thead>
<tr>
<th>No. de Familia ID PROSPERA</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Si cuenta con No. de Integrante PROSPERA anótelo en el siguiente recuadro:

<table>
<thead>
<tr>
<th>No. de Integrante PROSPERA</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Otros estudios

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del estudio</th>
<th>¿Cuenta con documento probatorio? ( ) Sí ( ) No</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Descripción


---

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del estudio</th>
<th>¿Cuenta con documento probatorio? ( ) Sí ( ) No</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Descripción


---

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del estudio</th>
<th>¿Cuenta con documento probatorio? ( ) Sí ( ) No</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Descripción


---

### Idiomas adicionales

<table>
<thead>
<tr>
<th>Idioma adicional</th>
<th>Dominio del idioma</th>
<th>Certificación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

En el caso particular de inglés con certificación, indicar:

Puntos obtenidos
Fecha de expedición del certificado:_______
<table>
<thead>
<tr>
<th>Conocimientos con que cuenta</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nombre del conocimiento / herramienta / o maquinaria</td>
<td>Experiencia (años)</td>
</tr>
<tr>
<td>Descripción del conocimiento, herramienta o maquinaria</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nombre del conocimiento / herramienta / o maquinaria</td>
<td>Experiencia (años)</td>
</tr>
<tr>
<td>Descripción del conocimiento, herramienta o maquinaria</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nombre del conocimiento / herramienta / o maquinaria</td>
<td>Experiencia (años)</td>
</tr>
<tr>
<td>Descripción del conocimiento, herramienta o maquinaria</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## Experiencia y expectativa laboral

<table>
<thead>
<tr>
<th>Experiencia / trabajo actual o último</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hace menos de 2 meses me encontraba trabajando</td>
<td>Tengo experiencia, pero no he trabajado al menos los últimos 2 meses</td>
</tr>
<tr>
<td>Sería mi primer empleo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Me encuentro trabajando, más de 35 horas a la semana</td>
<td>Me encuentro trabajando, menos de 36 horas a la semana</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Área de negocio en la que trabaja o trabaja:

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Administración</td>
<td>Legal</td>
</tr>
<tr>
<td>Apoyo de oficina</td>
<td>Manufactura y producción</td>
</tr>
<tr>
<td>Call center y servicio al cliente</td>
<td>Medios de comunicación y publicidad</td>
</tr>
<tr>
<td>CEO y dirección general</td>
<td>Mercadotecnia y comercialización</td>
</tr>
<tr>
<td>Ciencias y tecnología</td>
<td>Minería y energía</td>
</tr>
<tr>
<td>Conservación agrícola y animales</td>
<td>Oficinas y servicios</td>
</tr>
<tr>
<td>Construcción</td>
<td>Propiedades y bienes raíces</td>
</tr>
<tr>
<td>Consultoría y estrategia</td>
<td>Recursos humanos y reclutamiento</td>
</tr>
<tr>
<td>Contabilidad</td>
<td>Sector salud / medicina</td>
</tr>
<tr>
<td>Deportes y recreación</td>
<td>Seguros, fianzas y pensiones</td>
</tr>
<tr>
<td>Diseño y arquitectura</td>
<td>Servicios a la comunidad</td>
</tr>
<tr>
<td>Educación y capacitación</td>
<td>Servicios bancarios y financieros</td>
</tr>
<tr>
<td>Gobierno y defensa</td>
<td>Tecnologías de la información y Comunicación (TIC)</td>
</tr>
<tr>
<td>Industrias y actividades creativas</td>
<td>Transporte, distribución y logística</td>
</tr>
<tr>
<td>Ingeniería (excepto Tecnologías de la información)</td>
<td>Turismo, hospedaje y restaurantes</td>
</tr>
<tr>
<td>Instalación, mantenimiento, y reparación</td>
<td>Ventas</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Manual de Procedimientos

**Subprograma Bécate**

#### Subárea de negocio

**Funciones**

(Describe las actividades que háce o no relacionadas a su área de negocio; ejemplo, apoyo de oficina, elaboraciones de nómina, altas, bajas y modificaciones en el Seguro Social, Infonavit, pago de nómina, etcétera.)

---

#### Nivel del puesto

- Operario ( )
- Técnico ( )
- Mandos medio administrativo ( )
- Directivos ( )

**Fecha de ingreso**: (dd/mm/aaaa) ______ / ________

**Fecha de terminación**: (dd/mm/aaaa) ________ / ________

#### ¿Número de personas a cargo?

| ( ) | ( ) |
---|---|
| ( ) | ( ) |

Salario **MENSUAL neto recibido (no incluya centavos)** después de retenciones (impuestos, aportaciones, etcétera). $ ________

#### Expectativa laboral

**Área de negocio en la que pretende trabajar:**

( ) Administración
( ) Apoyo de oficina
( ) Call center y servicio al cliente
( ) CEO y dirección general
( ) Ciencias y tecnología
( ) Conservación agrícola y animales
( ) Construcción
( ) Consultoría y estrategia
( ) Contabilidad
( ) Deportes y recreación
( ) Derecho y arquitectura
( ) Educación y capacitación
( ) Gobierno y defensa
( ) Industrias y actividades creativas
( ) Ingeniería (excepto Tecnologías de la Información)
( ) Instalación, mantenimiento y reparación
( ) Legal
( ) Manufactura y producción
( ) Medios de comunicación y publicidad
( ) Mercadotecnia y comercialización
( ) Minería y energía
( ) Oficinas y servicios
( ) Propiedades y bienes raíces
( ) Recursos humanos y reclutamiento
( ) Sector salud / medicina
( ) Seguros, fianzas y pensiones
( ) Servicios a la comunidad
( ) Servicios bancarios y financieros
( ) Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)
( ) Transporte, distribución y logística
( ) Turismo, hostelería y restaurantes
( ) Ventas

#### Subáreas de negocio:

**Funciones que pretende realizar:**

---

#### Nivel del puesto que le interesa

- Operario ( )
- Técnico ( )
- Mandos medio administrativo ( )
- Directivo-gerente ( )

**Años de experiencia en el área de negocio en la que pretende trabajar:**

---

#### ¿Qué salario MENSUAL neto pretende (no incluya centavos) después de retenciones-impuestos, aportaciones, etcétera? $ ________

#### ¿Está interesado en obtener información de ofertas de empleo provenientes de una entidad/país diferente a las de su domicilio?

( ) Sí, sólo de otro país
( ) Sí, sólo de otra entidad federativa
( ) Sí, de cualquier lugar fuera de la entidad federativa de mi domicilio
( ) No

---

Página 4 de 5
Información complementaria

¿Habla alguna lengua indígena? No ( ) Sí ( ) Especifique: ________________________

¿A cuánto asciende su ingreso mensual neto en su núcleo familiar? $______________

¿Considera que requiere capacitación para adquirir o fortalecer sus conocimientos y habilidades para encontrar un trabajo? Sí ( ) No ( )

¿En qué considera que necesita capacitación?

¿Cuenta con tiempo mínimo de seis horas diarias para tomar un curso de capacitación? Sí ( ) No ( )

¿Ya tiene un negocio por cuenta propia? No ( ) Sí ( ) ¿Qué tipo o giro de negocio? ________________________

¿Pretende poner un negocio por cuenta propia? No ( ) Sí ( )

¿Cuenta con recursos para iniciarlo? No ( ) Sí ( )

¿Ha sido beneficiado del Programa de Apoyo al Empleo o algún otro programa federal? No ( ) Sí ( ) ¿Cuál? ________________________

Indique cuál es su Clave Bancaria Estandarizada (CABE), la cual debe estar activa.

Nombre del banco:

En caso de ser aceptado para participar en algún curso del subprograma Bécate en las modalidades de Capacitación en la Práctica Laboral, Capacitación para el Autónomo y Capacitación para Técnicos y Profesionales, tendrá derecho a un seguro contra accidentes. Por lo que se le solicita designe a sus beneficiarios (se sugiere que sea sólo uno y que sea mayor de edad).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre completo</th>
<th>Domicilio</th>
<th>Parentesco</th>
<th>Porcentaje</th>
</tr>
</thead>
</table>

Señale si cuenta con los siguientes documentos:

- Identificación oficial ( )
- Documento que acredite su nivel de escolaridad ( )
- Comprobante de domicilio reciente ( )

Especifique cuál: ________________________

Especifique cuál: ________________________

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos.

Solicitante

“En el Marco de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, manifiesto que tengo conocimiento que mi solicitud de participación en el Programa de Apoyo al Empleo es para la Vinculación a una oferta laboral por lo que autorizo que mis datos personales se proporcionen a los empleadores y en caso de apoyos económicos a instituciones financieras para el medio de pago. Adicionalmente, pueden ser utilizados con fines estadísticos e intercambio entre instituciones públicas gubernamentales nacionales e internacionales para una mejor identificación de la problemática del desempleo y toma de decisiones gubernamentales”.

Nombre: ________________________

Firma: ________________________
### Cuestionario sobre el perfil del solicitante para determinar su canalización a algún subprograma

<table>
<thead>
<tr>
<th>Perfil del solicitante</th>
<th>BÉCATE</th>
<th>Empleo</th>
<th>Empleo</th>
<th>Empleo</th>
<th>Empleo</th>
<th>Empleo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Edad, 35 años o más</td>
<td>Sí = 1</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Titulación (mínimo saber leer y escribir)</td>
<td>Sí = 1</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Experiencia laboral</td>
<td>No = 0</td>
<td>No = 0</td>
<td>No = 0</td>
<td>No = 0</td>
<td>No = 0</td>
<td>No = 0</td>
</tr>
<tr>
<td>4. ¿Cuánto tiempo ha tenido interesado en la enseñanza para tomar un curso de capacitación?</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
</tr>
<tr>
<td>5. ¿Cuánto tiempo ha trabajado asistente(a)?</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
</tr>
<tr>
<td>6. ¿Requiere actualizarse, mejorar y/o renueve sus competencias, habilidades y/o destrezas laborales?</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Trabaja actualmente</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
</tr>
<tr>
<td>8. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja asistente(a)?</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
</tr>
<tr>
<td>9. ¿Tiene un trabajo?</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
</tr>
<tr>
<td>10. ¿Tiene experiencia laboral?</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
</tr>
<tr>
<td>11. ¿Tiene disponibilidad para trabajar un segundo trabajo?</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
</tr>
<tr>
<td>12. ¿Tiene experiencia laboral?</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
<td>No = 1</td>
</tr>
<tr>
<td>13. ¿Tiene disponibilidad para trabajar un segundo trabajo?</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
</tr>
<tr>
<td>14. ¿Cuánto tiempo ha trabajado como asistente(a)?</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
<td>Sí = 0</td>
</tr>
<tr>
<td>15. Si logró asistir a un curso de capacitación, ¿es menor a seis semanas?</td>
<td>No = 0</td>
<td>No = 0</td>
<td>No = 0</td>
<td>No = 0</td>
<td>No = 0</td>
<td>No = 0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Calificación total

1. Las opciones donde el solicitante obtenga mayor puntuación reflejan el subprograma y/o modalidad de capacitación más acorde a su perfil.

En caso de requerirse, anote la información que considere relevante sobre la selección del solicitante de empleo.

---

**Observaciones:**

1. Se debe cumplir con el formato indicado.
2. Personal de la OSNE.
3. Este programa es público, al ser gestionado por el Servicio Nacional de Empleo (SNE).
4. Para cualquier duda, consultar con el personal de la OSNE.

---

**Página 6 de 6**
# Registro de empleadores

### REGISTRO DE EMPLEADORES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Entidad Federativa</th>
<th>Folio</th>
</tr>
</thead>
</table>

Para brindar un mejor servicio, favor de proporcionar todos los datos que se le solicitan, los cuales son obligatorios y bajo protesta de decir verdad. Este formato deberá ser llenado con letra de estilo legal y los datos serán incorporados y tratados con fines de control y seguimiento en el sistema. De igual manera, serán protegidos conforme a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

<table>
<thead>
<tr>
<th>RFC:</th>
<th>Fecha:</th>
</tr>
</thead>
</table>

| CURP: (sólo para personas físicas) | |
|---------------------------------||

<table>
<thead>
<tr>
<th>Capacitación Mixta</th>
<th>Capacitación en la Práctica Laboral</th>
<th>Capacitación para la Certificación de Competencias Laborales</th>
<th>Movilidad Laboral</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### DATOS GENERALES DEL EMPLEADOR

Marque con una "X" en el parénthesis que dé respuesta a la pregunta.

**Tipo de empleador:**  
- Privada ( )
- Pública ( )
- Social ( )

**En caso de tipo de empresa privada, indicar el tipo de persona:**  
- Física ( )  
- Moral ( )

**En caso de tipo de empresa privada:**  
- nombre(s), primer apellido y segundo apellido o razón social.

**Nombre comercial del empleador o nombre de la organización:**

### DOMICILIO FISCAL DEL EMPLEADOR

<table>
<thead>
<tr>
<th>Código Postal</th>
<th>Entidad federativa</th>
<th>Municipio o delegación</th>
<th>Colonia</th>
<th>Localidad</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Calle</th>
<th>Número exterior</th>
<th>Número interior</th>
</tr>
</thead>
</table>

¿Entre qué calles?:

### CLASIFICACIÓN

- **Número de empleados:**
- **Rama de actividad:**

### DESCRIPCIÓN Y RECLUTAMIENTO

**Descripción de la empresa:**

Correo electrónico de información general de la empresa:  
(por ejemplo: info@empresa.com / contacto@empresa.com)
Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en esta solicitud son ciertos.

Atendiendo al principio de "consentimiento" consagrado en el artículo 18 y de conformidad con lo señalado en el artículo 20, ambos de la LOPDPSO, en calidad de Empleador expreso mi voluntad, específica e informada, para que se efectúe el tratamiento de mis datos personales por la OSENE para los fines consistentes en la vinculación laboral, promoción de vacantes de la OSENE, con el objetivo de llevar a cabo actividades relacionadas con aquellas que originaron la solicitud de dichos datos personales. Asimismo, la OSENE como Sujeto Obligado será la encargada de establecer los mecanismos necesarios para la protección de los datos bajo su cargo, así como de aquellos mecanismos que aseguren la correcta transmisión de datos a otra entidad.

He sido informatizado que podrá ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), de conformidad con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posición de Sujetos Obligados, ante los Responsables de la posibilidad de datos, entendiéndose que para el caso, será la OSENE el Sujeto obligado.

También, me comprometo a garantizar la confidencialidad y protección de los datos personales que me sean proporcionados respecto a candidatos para cubrir las vacantes que ofrece, que dichos datos únicamente los utilizaré para los fines para los que me fueron transmisorados, y que estaré sujeto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posición de Particulares.

Empleador o su representante

---

Nombre y firma

---

"Este programa es público, atento a cualquier partido político, queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa. Para cualquier aclaración, duda o comentario dirígete a los teléfonos 01-800 841-26-20, 3880 4100 ext. 34172 y 3880 4100 ext. 34157 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)."

Este formato podrá reproducirse libremente, siempre y cuando se altere su contenido y la impresión de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta.
Registro de vacantes / oferta de empleo

REGISTRO DE VACANTES / OFERTA DE EMPLEO

ANEXO A DEL SNE-02

Entidad Federativa
Folio

For brindarle un mejor servicio, favor de proporcionar todos los datos que se le soliciten, los cuales son obligatorios y bajo protesta de decir verdad. Este formato deberá ser llenado con letra de molde legal y los datos incluirán nombres, apellidos y en el sistema. De igual manera, serán protegidos conforme a la establecida en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

RFC: ___________________________ Fecha: ____________
CURP: ___________________________

Nombre comercial del empleador (registrado en el SNE-02):

Capacitación Mixta ( ) Capacitación en la Práctica Laboral ( ) Capacitación para la certificación de competencias laborales ( )

1. DATOS DE LA VACANTE / OFERTA DE EMPLEO CON CAPACITACIÓN

Título de la oferta:

Área de negocio en la que ofrece la vacante:

Administración ( ) Apoyo de oficina ( ) Call center y Servicio al Cliente ( )
CEO y dirección general ( ) Ciencias y tecnología ( )
Conservación agrícola y animales ( ) Construcción ( )
Consultoría y estratégica ( ) Contabilidad ( )
Deportes y recreación ( ) Diseño y arquitectura ( )
Educación y capacitación ( ) Gobierno y defensa ( )
Industrias y actividades creativas ( ) Ingeniería (excepto Tecnologías de la Información) ( )
Instalación, mantenimiento, y reparación ( )

Subárea de negocio:

Nivel del puesto:

Operario ( ) Técnico ( ) Mandos medio administrativo ( ) Mandos medio producción ( ) Directivo gerente ( )

Objetivos del puesto:

(describa los objetivos que el trabajador, una vez contratado, deberá cumplir a fin de impactar positivamente a la empresa)

Funciones:

(describa lo que el trabajador realizará una vez contratado, relacionado con el área de negocio en la que trabajará; ejemplo, apoyo de oficina: elaboraciones de nómina, altas, bajas, y modificaciones en el Seguro Social, INFONAVIT, pago de nómina, etcétera)

Competencias transversales:

(seleccione las principales necesarias para el puesto)

Comunicación ( ) Trabajo en equipo ( ) Planificación y organización ( ) Responsabilidad ( ) Creatividad ( )

Orientación al cliente ( ) Compromiso con el aprendizaje permanente ( )

Gestión y control ( )

Página 1 de 3
II. EL EMPLEADOR OFRECE

Tipo de contrato:
- Por tiempo indefinido ( )
- Por tiempo determinado ( )
- Por obra determinada ( )
- A prueba ( )
- Capacitación Inicial ( )

Salario mensual neto ofrecido (no incluya centavos) después de retenciones (impuestos, aportaciones, etcétera) $________

Prestaciones:
- Prestaciones de ley ( )
- Bono por puntualidad ( )
- Seguro de gastos médicos ( )
- Vales de comida ( )
- Bono por productividad ( )
- Fondo de ahorro ( )
- Servicio de cómputo ( )
- Vales de despensa ( )
- Otras ( )

El empleador ofrece: (adicional si lo hubiere)

Horario de trabajo

Entrada __:__ horas. 
Salida __:__ horas. 
Rotar turnos: ( )

Días a laborar: (marcar todos los días que se laboran)
- Lunes ( )
- Martes ( )
- Miércoles ( )
- Jueves ( )
- Viernes ( )
- Sábado ( )
- Domingo ( )

Sí lo hubiere, otro horario de trabajo que deberá cubrir el trabajador una vez contratado:

Entrada __:__ horas. 
Salida __:__ horas. 

En qué días deberá cubrir el otro horario: (marcar todos los días que se laboran)
- Lunes ( )
- Martes ( )
- Miércoles ( )
- Jueves ( )
- Viernes ( )
- Sábado ( )
- Domingo ( )

III. UBICACIÓN DE LA OFERTA DE EMPLEO

(Notar sólo en caso de que el domicilio donde se encuentra la vacante sea diferente al señalado en el Formato SNE-02)

Código Postal: ________
Entidad federativa: ________
Municipio o delegación: ________
Colonia: ________
Localidad: ________

Calle: ________
Número exterior: ________
Número interior: ________

¿Entre qué calles?: ________

IV. REQUISITOS PARA LOS CANDIDATOS A OCUPAR LA OFERTA DE EMPLEO CON CAPACITACIÓN

Escolaridad

Escuela mínima requerida:
- Sin instrucción ( )
- Carrera comercial ( )
- Técnico superior universitario ( )
- Liceo ( )
- Carrera técnica ( )
- Licenciatura ( )
- Práctica ( )
- Profesional técnico ( )
- Maestría ( )
- Secundaria/con. técnica ( )
- Preparatoria o vocacional ( )
- Doctorado ( )

Carreras o especialidades: (puede ser más de una carrera y al menos una en caso de que el nivel de escolaridad mínima sea mayor a secundaria)

Situación académica:

- Ninguno ( )
- Trunca ( )
- Estudiante ( )
- Pasante ( )
- Diploma o certificado ( )
- Titulado ( )

Conocimientos

Nombre del conocimiento, herramienta o manejo de máquina, necesaria para el puesto y/o estándar de competencia:

Años de experiencia:

Describa el conocimiento/uso de herramientas/uso de maquinaria o equipo:
Manual de Procedimientos
Subprograma Bécate

Nombre de otro conocimiento, herramienta o manejo de máquina, necesario para el puesto y/o estándar de competencia:

Años de experiencia:

Describa el otro conocimiento / uso de herramientas / uso de maquinaria o equipo:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Idioma</th>
<th>Dominio del idioma</th>
<th>Certificación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Básico ( )</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Intermedio ( )</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Avanzado ( )</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Disponibilidad de movilidad

¿Es necesario que el candidato cuente con disponibilidad para viajar?
Sí ( )  No ( )

¿Es necesario que el candidato cuente con disponibilidad para radicar temporalmente en otra ciudad diferente a la de la ubicación de la oferta?
Sí ( )  No ( )

V. INFORMACIÓN SOBRE LA GESTIÓN DE RECLUTAMIENTO

Número de plazas:

Observaciones:

VI. INFORMACIÓN ADICIONAL (para fines estadísticos contestar las siguientes preguntas)

Sexo preferente de los candidatos a cubrir la oferta de empleo: Indíctico ( )  Hombre ( )  Mujer ( )

Rango de edad preferente: de _____ a _____

Acepto candidatos con discapacidad: No ( )  Sí ( )  de qué tipo: Motora ( )  Visual ( ) Auditiva ( )  Intellectual ( )  Mental ( )

Causas que originan la vacante:

- Empleado nuevo ( )
- Necesidades temporales de mano de obra ( )
- Puesto de nueva creación ( )
- Reposición de personal ( )
- Otra ( )

La oferta de empleo pertenece al Programa de Empleo Temporal (PET): Sí ( )  No ( )

VII. DATOS DEL CONTACTO DE LA VACANTE/OFFERTA DE EMPLEO CON CAPACITACIÓN

(anotar solo en caso de que el contacto para la vacante sea diferente al señalado en el Formato SNE-02)

Nombre(s), primer apellido y segundo apellido del contacto:

Cargos:

Teléfono fijo 01 ( )
Extensión
Teléfono celular 04 ( )
Correo electrónico del contacto de la oferta de empleo:

*Nota: al menos un dato de contacto es obligatorio; en el caso del teléfono está verificado por el SNE; y en el caso del correo se enviará un mensaje para ser confirmado. En caso de no poder contacitar a través de ninguno de estos medios de contacto proporcionados, no se podrá brindar el apoyo.

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en esta solicitud son ciertos.

Atendiendo al principio de “confidencialidad” enarraigado en el artículo 11 y de conformidad con lo establecido en el artículo 13, inciso (1), fracción III, de la LOPDPD, en virtud de que existe el tratamiento de los datos personales para otorgar la oferta de empleo, la SNE no es responsable de su uso efectivo. De conformidad con lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Entidades Federativas, se hará de conocimiento al usuario final que el SNE no se hace responsable de los términos de uso de los datos que se brindan, así como de su correcta utilización, de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Entidades Federativas.

Tampoco se compromete a garantizar la confidencialidad y protección de los datos personales que no sean proporcionados respecto a candidatos para cubrir vacantes que ofrezca, que dichos datos únicamente se utilizarán para fines para los que no fueron transferidos, y que está sujeto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Entidades Federativas.

Nombre y firma del empleador o su representante:

“Este programa es público, agente a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.”

Para cualquier adiestramiento, duda y/o comentario con respecto a este tema, favor de llamar a los teléfonos 01-800 841-20-20, 5008-4100 ext. 34417 y 3600-4100 ext. 34417 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS).

Esta forma podrá reproducirse libremente, siempre y cuando se altere su contenido y la inspiración de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta.
# Programa de capacitación

## Bécate

### Programa de Capacitación

<table>
<thead>
<tr>
<th>Entidad Federativa</th>
<th>Fecha D M A A A A</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>( )</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Capacitación Mixta</th>
<th>Capacitación en la Práctica Laboral</th>
<th>Capacitación para el Autoempleo</th>
<th>Capacitación para Técnicos y Profesionistas</th>
<th>Capacitación para la Certificación de Competencias Laborales</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nombre del Curso

### Perfil del participante:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Edad</th>
<th>Conocimientos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sexo</th>
<th>Experiencia laboral</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Estado civil</th>
<th>Habilidades y/o destrezas laborales</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Otras (especifique):</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Escolaridad: ¿El participante requiere algún nivel de escolaridad?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sí ( )</td>
</tr>
<tr>
<td>No ( )</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Minima:                                         | Maxima:                                         |
|                                                |                                                |

### Duración del curso:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Horario (h):</th>
<th>Fecha de inicio (dd/mm/aa):</th>
<th>Fecha de término (dd/mm/aa):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Número de horas de teoría **</th>
<th>%</th>
<th>Número de horas de práctica *</th>
<th>%</th>
<th>Total de horas</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>**</td>
<td></td>
<td>**</td>
<td></td>
<td>**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Para cursos de CPL sacar un promedio de horas de acuerdo a los horarios de las empresas participantes.

** En el caso de la modalidad de Capacitación Mixta, se recomienda que el contenido del programa sea 20% teoría y 80% práctica.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre de la Empresa(s), Institución o Centro de Capacitación</th>
<th>Nombre del Dueño o Representante de la Empresa</th>
<th>Firma</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Página 1 de 2
**BÉCATE**
**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN**

**Objetivo General:**

**Objetivo(s) Específico(s):**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tema/Subtemas</th>
<th>Actividades de enseñanza - aprendizaje</th>
<th>Recursos que se utilizarán en el curso de capacitación (Material didáctico, equipo, herramientas, etc.)</th>
<th>Instrumentos de evaluación *</th>
<th>Duración en horas por tema/Subtema</th>
<th>Acumulado en horas por tema/Subtema</th>
</tr>
</thead>
</table>

*Nota: Anexar los instrumentos de evaluación (en blanco), en caso de que aplique.

Nombre y firma del Instructor

Nombre, cargo y firma del personal de la OSNE
Reporte de seguimiento de la capacitación

<table>
<thead>
<tr>
<th>BÉCATE-2 ANVERSO</th>
<th>1.</th>
<th>2.</th>
<th>3.</th>
<th>4.</th>
<th>5.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nombre del Curso</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
<tr>
<td>Entidad Federativa</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre de empresa o institución de capacitación</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha de visita</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre, firma y firma del personal de la OSNE que realizó la visita de seguimiento</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre del Curso OJ</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre de empresa o institución de capacitación</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha de visita</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre, firma y firma del personal de la OSNE que realizó la visita de seguimiento</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nombre, cargo y firma del personal de la OSNE que realizó la visita de seguimiento.
# Manual de Procedimientos

## Subprograma Bécate

### Reporte de Seguimiento de la Capacitación

<table>
<thead>
<tr>
<th>Compromiso</th>
<th>1. ¿La capacitación inicia en el horario establecido?</th>
<th>2. ¿El instructor demuestra conocimiento y dominio del tema?</th>
<th>3. ¿El tema tratado en la sesión corresponde a lo señalado en el Programa de Capacitación?</th>
<th>4. ¿Los detalles de las sesiones donde se está impartiendo el curso de capacitación (con el uso de aulas, etc.)?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Observaciones

En caso de que se señale algún compromiso, deberá explicarse y señalarse la razón por la que no se está cumpliendo el compromiso.

#### Muestra del Comportamiento

Ejemplo: (señalar con una X)

<p>| | | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SI</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NO</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Comentarios e Indicaciones

Nombre, cargo y firma del personal de la OSNE que realizó la visita de seguimiento.

De acuerdo a la revisión realizada durante la visita de seguimiento, el personal de la OSNE nacional de empleo considera que el desempeño del instructor fue:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Bueno</th>
<th>Regular</th>
<th>Malo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Instructor con los beneficiarios.
Reporte de colocación

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Nombre del beneficiario</th>
<th>Certificación de Competencias Laborales</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Capacitación para el Autempleo**

- **Fecha de inicio:**
- **Fecha de fin:**
- **Nombre de la empresa:**

**Capacitación para la Certificación de Competencias Laborales**

- **Sí:**
- **No:**

**Nota:**
- **Si:** Se indica con una 'X'.
- **No:** Se indica en la columna correspondiente.

**Nombre y firma del dueño o representante de la empresa**
Encuesta de satisfacción de empleadores

AYÚDENOS A MEJORAR
Por favor, tome unos minutos para responder a las siguientes preguntas, las cuales serán tratadas de manera confidencial y se utilizarán únicamente para fines de mejora en el servicio.

Fecha de visita: ____________

Instrucciones:

a) Esta encuesta deberá llenarla todos los empleadores que estén participando en cursos de capacitación vigentes durante los meses de junio y octubre.

b) Una vez que termine de responder la encuesta, favor de devolvérsela al personal de la OSNE.

c) Si tiene alguna duda para su llenado, solicite al personal de la Oficina del Servicio Nacional de Empleo (OSNE) que se la aclare.

1. ¿En qué entidad federativa está recibiendo el apoyo del subprograma Bécate?

2. ¿En qué modalidad de capacitación está participando? (Señale con una “X”)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Capacitación Mixta</th>
<th>Capacitación en la Práctica Laboral</th>
<th>Capacitación para la Certificación de Competencias Laborales</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3. ¿Cuál es el nombre del curso de capacitación en que está participando? ____________________________________________________________________________

Núm. único (será proporcionado por la OSNE)

4. ¿En qué fecha inició el curso de capacitación en el que está participando? ______/____/_______

5. ¿En qué fecha terminará el curso de capacitación en el que está participando? ______/____/_______

Como califica los siguientes aspectos del servicio que recibió:

1. La atención que le proporciono el personal de la OSNE para la realización de su trámite.
2. Las condiciones de las instalaciones de la OSNE (Sillas de espera, espacio físico, baños, limpieza del área, etc.)
3. La atención que está recibiendo por parte del Instructor (aplica sólo para la modalidad: Capacitación en la Práctica Laboral)
4. El tiempo en que se dio respuesta a su solicitud.

(Marque con una “X” su calificación)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Muy satisfecho</th>
<th>Satisfecho</th>
<th>Poco satisfecho</th>
<th>Insatisfecho</th>
<th>Muy insatisfecho</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

5. ¿El personal de la OSNE (o el IM en el caso de la modalidad: Capacitación en la Práctica Laboral) ha pedido dinero u otro tipo de gratificación a cambio de otorgarle el apoyo?

NO ( )

SÍ ( ) Anote los siguientes datos:
Nombre de la persona que pidió dinero: _______________________________________
Monto que le solicitaron: $ ______________

Si desea hacer algún comentario para mejorar el servicio, anóteselo en este espacio.

La encuesta ha concluido.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Página 1/1
Encuesta de satisfacción de beneficiarios

BÉCATE
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE BENEFICIAIROS

AYÚDENOS A MEJORAR
Por favor, tome unos minutos para responder a las siguientes preguntas, las cuales serán tratadas de manera confidencial y se utilizarán únicamente para fines de mejora en el servicio.

Fecha de la visita

Instrucciones:

a) Esta encuesta deberá llenarla todas las personas beneficiarias que estén participando en algún curso de capacitación vigente durante los meses de junio y octubre.

b) Una vez que termine de responder la encuesta, favor de devolverla al personal de la OSNE.

c) Si tiene alguna duda para su llenado, solicite al personal de la Oficina del Servicio Nacional de Empleo (OSNE) que se la aclare.

1. ¿En qué entidad federativa recibió su curso de capacitación?

2. ¿En qué modalidad tomó su curso de capacitación? (Señale con una "X")

<table>
<thead>
<tr>
<th>Capacitación Mixta</th>
<th>Capacitación en la Práctica Laboral</th>
<th>Capacitación para el Autoempleo</th>
<th>Capacitación para Técnicos y Profesionistas</th>
<th>Capacitación para la Certificación de Competencias Laborales</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
<td>( )</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3. ¿Cuál es el nombre del curso de capacitación en el que participó? (Número único será proporcionado por la OSNE)

4. ¿En qué fecha inició el curso de capacitación en el que participó? (dd/mm/aaaa)

5. ¿En qué fecha terminó el curso de capacitación en el que participó? (dd/mm/aaaa)

Como califica los siguientes aspectos del servicio que recibió:

1. La atención que le proporcionó el personal de la OSNE, para la realización de su trámite.

2. Las condiciones de las instalaciones de la empresa, institución de capacitación o lugar donde se impartió el curso de capacitación.

3. Las condiciones del equipo y los materiales que fueron utilizados en el proceso de capacitación.

4. Los conocimientos del instructor que impartió la capacitación.

5. El trato que recibió por parte del instructor que impartió la capacitación del curso.

6. El tiempo de respuesta a su solicitud.

7. La oportunidad en la entrega del apoyo.

8. ¿El personal de la OSNE, empresa o institución capacitadora le pidió dinero?
   - NO ( ) (Pase a la siguiente pregunta)
   - Sí ( ) Anote los siguientes datos:
     - Nombre de la persona que pidió dinero:
     - Empresa o institución que pidió dinero:
     - Monto que le solicitaron: $________

9. Se le condicionó la entrega del apoyo a la afiliación de algún partido político?
   - Sí ( )
   - NO ( )

Si desea hacer algún comentario para mejorar el servicio, anótelo en este espacio.

La encuesta ha concluido.
¡Muchas gracias por su colaboración!
Secretaría del Trabajo y Previsión Social
Subsecretaría de Empleo y Productividad Laboral
Coordinación General del Servicio Nacional de Empleo

Listado de Asistencia

| Asistencia del: |  |  |
|-----------------|-----------------|
| al              |  |  |
| Fecha inicio:   |  |  |
| Fecha estimada de término: |  |  |
| Horario:        |  |  |
| Número Único:   |  |  |

<table>
<thead>
<tr>
<th>CURP</th>
<th>Nombre del Beneficiario</th>
<th>TOTAL FALTA</th>
<th>TOTAL ASIST</th>
<th>FECHA DE BAJA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Logo entidad
### Relación de apoyos económicos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Solicitud de Recurso</th>
<th>Fecha de Inicio y término</th>
<th>Número de Pago</th>
<th>Organismo Financiero Internacional Banco Interamericano de Desarrollo</th>
<th>FECHA DE RECEPCIÓN</th>
<th>APOYO NETO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Control</td>
<td>APLANT</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASSIST</td>
<td>APOYO TOTAL</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SITOTAL RELACIÓN APOYOS A BENEFICIARIOS</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL RELACIÓN APOYOS A BENEFICIARIOS</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COORDINADOR DEL SECTOR IND. Y SERVICIOS PROFESSIONALS</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Nota:** Los datos son proporcionados por los prestadores de servicios profesionales, no necesariamente reflejan la totalidad de los apoyos recibidos por los beneficiarios. Las fechas son válidas para el periodo del estudio. Las cantidades incluyen todas las transferencias realizadas al beneficiario.

---

**Centro de Capacitación**
- **Número Único**
- **Especialidad**
- **Modalidad**

**Cobro**
- **Recibos**
- **Firma**
- **FECHA DE RECIBO**
## Registro de acciones

<table>
<thead>
<tr>
<th>Logo entidad</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de la elaboración</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recurso</th>
<th>Subprograma</th>
<th>N° ÚNICO</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>BECATE</th>
<th>LOCALIDAD</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>MUNICIPIO</th>
<th>LOCALIDAD</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>MONTOS (PESOS)</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>CONCEPTO DE GASTOS</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>FECHA INICIO</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>FECHA TERMINO</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>TOTAL</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>FECHA DE LA DEVOLUCIÓN</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>CERTIFICACIÓN DE CEONE</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>PLANTILLA DE INICIALES PARA CAJA ALTA (PRÓXIMO)</th>
</tr>
</thead>
</table>

| MANIFIESTO Sobre la deuda que estas acciones registradas suzan con lo establecido en las Reglas de Operación del PAE, así como con la normatividad descrita en los Reguladores de Procedimiento del Consorcio, respectivamente |

---
## Contraloría Social en el Servicio Nacional de Empleo

### Manual de Procedimientos
Subprograma Bécate

#### Programa / Subprograma
- PAE: Vinculación Laboral
- Bécate
- Fomento al Autoempleo
- Movilidad Laboral
- Repatriados Trabajando

#### Acciones de Contraloría Social

<table>
<thead>
<tr>
<th>No.</th>
<th>Nombre</th>
<th>Plática de Contraloría Social</th>
<th>Constancia de Participación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td>Fecha</td>
<td>Firma</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No.</td>
<td>Nombre</td>
<td>Plática de Contraloría Social</td>
<td>Constancia de Participación</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>--------</td>
<td>------------------------------</td>
<td>----------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Fecha</td>
<td>Firma</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nombre de la persona que impartió la plática de Contraloría Social | Firma
--- | ---

Nombre del personal de la OSNE que asistió y verificó la entrega de constancias a los beneficiarios | Firma

Aplica para las acciones de Capacitación del Subprograma Bécate.
ACTA DE CONSTITUCIÓN DE COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

En el Municipio/Delegación de ____________________________ del Estado de ____________________________; siendo las __________________ horas del día ______________ del mes de ______________________________ del año dos mil ______________, se reunieron en las instalaciones que ocupa el inmueble ubicado en el número __________________, de la calle __________________, de la colonia/localidad de ____________________________, con código postal ______________, el servidor público y los ciudadanos elegidos por los beneficiarios del curso ____________________________ del Subprograma Bécate del Programa de Apoyo al Empleo (PAE), con número único del Sistema de Información del PAE (SISPAE) __________________________, por un monto autorizado de $ ______________, el cual se desarrollará durante el periodo comprendido del __________________ al ____________________________ siguientes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre</th>
<th>Cargo</th>
<th>Sexo</th>
<th>Edad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Masc.</td>
<td>Fem.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

para realizar la Constitución del Comité de Contraloría Social correspondiente, con el objetivo de contribuir a que las acciones que realiza la Oficina del Servicio Nacional de Empleo (OSNE), se desarrollen con transparencia y honestidad a través de vigilar que el ejercicio de los recursos públicos para los apoyos sea oportuno, transparente y con apego a lo establecido en las reglas de operación. Se cumpla con los periodos de ejecución de la entrega de los apoyos. El programa federal no se utiliza con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos al objeto del programa. El programa federal no sea aplicado afectando la igualdad entre mujeres y hombres, entre otras actividades.

Por acuerdo de estos beneficiarios integrantes del Comité se designó al C. __________________________, con domicilio particular ubicado en ______________________________________ para representar dicho Comité.
La participación de los beneficiarios en el Comité de Contraloría Social es de carácter voluntario, por lo que no obtendrán remuneración distinta al del apoyo que reciban por concepto de beca.

EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL entrará en funciones a partir de la firma de la presente acta y hasta el término del curso de capacitación y hacemos constar que la elección se realizó por mayoría de votos y se promovió la participación equitativa de hombres y mujeres para la constitución de este comité.

En acuerdo de participación firman al calce para los efectos conducentes.

______________________________          ______________________________
1er. Integrante                  2do. Integrante
  (Nombre y firma)              (Nombre y firma)

______________________________
3er. Integrante
  (Nombre y firma)

______________________________          ______________________________
1er. Testigo                       2do. Testigo
  (Nombre y firma)              (Nombre y firma)

______________________________
Servidor Público de la OSNE
  (Nombre, puesto y firma)

* Este documento se considera equivalente al escrito libre por el que los integrantes del Comité expresan su consentimiento para llevar a cabo las acciones de Contraloría Social y en su caso, la Oficina del SNE realice el registro del Comité durante el período de capacitación recibido en el presente ejercicio fiscal.

** La presente Acta de Constitución, se considera como evidencia de la capacitación impartida a los integrantes del Comité, para el desempeño de las Actividades de operación de Contraloría Social.
Informe del Comité de Contraloría Social

1. La información que conocen se refiere a: (pueden elegir más de una opción)
   1. Objetivos del Programa
   2. Beneficios que otorga el Programa
   3. Requisitos para ser beneficiario (as)
   4. Tipo y monto de las obras, apoyos o servicios a realizarse
   5. Dependencias que apoyan los recursos para el Programa
   6. Dependencias que ejecutan el Programa
   7. Conformación y funciones del comité o vocal

2. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité? (pueden elegir más de una opción)
   1. Solicitar información de las obras, apoyos o servicios
   2. Verificar el cumplimiento de las obras, apoyos o servicios
   3. Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa
   4. Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa
   5. Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio

3. De los resultados de seguimiento, supervisión y vigilancia ¿Para qué les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (pueden elegir más de una opción)
   1. Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa
   2. Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios
   3. Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa
   4. Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)
   5. Para cumplir nuestras responsabilidades como beneficiarios (as)

   6. Para que se atiendan nuestras quejas
   7. Para que el programa funcione mejor
   8. Para que los servidores públicos rindan cuentas de los recursos del Programa
   9. No deseamos responder / No sabemos
Información del Comité de Contraloría Social
Programa de Apoyo al Empleo

IC-03

Preguntas que deberá responder el Comité de Contraloría Social

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Pregunta</th>
<th>Sí</th>
<th>No</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4.</td>
<td>¿El Programa entregó los beneficios correcta y oportunamente, conforme a las reglas de operación u otras normas que lo regulan?</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Después de realizar la supervisión de la obra, apoyo o servicio. ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría?</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación o operación del Programa?</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>¿Entregaron los quejas y denuncias a la autoridad competente?</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios (as)?:</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser elegidos hombres y mujeres?</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>¿El Programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres?</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirigete a la Coordinación General del Servicio Nacional de Empleo
Correo electrónico: contraloria@semsp.es, o al teléfono: (55) 3700 4100, Ext. 34170, 34435 o 341161

Nombre y firma del servidor público que recibe este informe

Nombre y firma del (los) integrante(s) del Comité
Formatos para dos modalidades
Carta compromiso

En la localidad de______________, municipio de________________ del estado de______________, se suscribe la presente Carta Compromiso, el_______ de______________ del año ________, por una parte el C______________________________ Titular de la Oficina del Servicio Nacional de Empleo__________________________ y por otra la (él) C________________________ beneficiaria (o) del subprograma Bécate, mediante la cual está de acuerdo en participar, en un curso en línea y se compromete a cursar los módulos que componen dicho curso y a realizar las evaluaciones de cada módulo los cuales deberá concluir satisfactoriamente y en los plazos señalados por la Institución Educativa o Centro Capacitador, como condición para recibir el pago de la beca correspondiente.

Atentamente
Beneficiaria (o)

Nombre y firma

Titular de la Oficina del Servicio Nacional de Empleo

Nombre y firma
Evaluación de participación de la empresa

### BÉCATE

**EVALUACIÓN DE PARTICIPANTES DE LA EMPRESA**

- **Fecha de la visita:**
  - D D M M A A A A

<table>
<thead>
<tr>
<th>Capacitación Mixta</th>
<th>Capacitación para la Certificación de Competencias Laborales</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(                  )</td>
<td>(                                                           )</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Nombre comercial de la empresa**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del curso</th>
<th>No. Único</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de inicio</th>
<th>Fecha de término</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES POR PARTE DE LA EMPRESA

1. ¿La empresa entregó la evidencia de la contratación del seguro de accidentes y del servicio médico básico de atención?
   - Sí (      )
   - No (      )
   - En el plazo establecido en la normatividad (primeros quince días posteriores al inicio del curso)
   - Después de quince días posteriores al inicio del curso.

2. ¿Se impartió el curso, de acuerdo a los temas señalados en el Programa de Capacitación?
   - Sí (      )
   - No (      )

3. ¿Se impartió el curso de capacitación, de acuerdo a las condiciones establecidas en el Anexo del Convenio de Capacitación (duración, días de la semana y horario)?
   - Sí (      )
   - No (      )

4. ¿Los cursos se impartieron en las instalaciones visitadas y avaladas por el personal de la OSNE, señaladas en los formatos VVE-1 o VLC-3, según corresponda?
   - Sí (      )
   - No (      )

5. ¿La empresa contrató al menos al 80% de los beneficiarios egresados del curso de capacitación?
   - Sí (      )
   - No (      ) ¿Por qué? ____________________

---

Página 1 | 2
## BÉCATE
### EVALUACIÓN DE PARTICIPANTES DE LA EMPRESA

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>6.</strong></td>
<td>En el caso del sector turismo, ¿la empresa contrató al menos al 80% de los beneficiarios egresados, por lo menos el doble de la duración del curso de capacitación?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si ( )  No ( )</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>7.</strong></td>
<td>¿La empresa contrató al menos al 80% de los beneficiarios egresados del curso de capacitación, con el salario mensual ofrecido (señalado en el Anexo A del SNE-02), el cual debe ser igual o mayor al monto de la beca otorgada?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si ( )  No ( )</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>8.</strong></td>
<td>¿La empresa informó a la OSNE mediante el Formato BÉCATE-3, el nombre de los beneficiarios que concluyeron su capacitación y que fueron contratados, así como el nombre del puesto que ocuparon, su temporalidad y el monto del salario mensual ofrecido (señalado en el Anexo del Formato SNE-02), conforme a lo establecido en el Convenio de Capacitación?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sí ( )  No ( )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. En el plazo establecido en la normatividad (máximo cinco días hábiles, después de la conclusión del curso de capacitación).</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Después de cinco días hábiles de haber finalizado el curso de capacitación.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>9.</strong></td>
<td>¿La empresa entregó a la OSNE copia de los certificados de cada uno de los beneficiarios que participaron en el curso de capacitación?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si ( )  No ( )</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>10.</strong></td>
<td>¿La empresa entregó a la OSNE copia de las evidencias de contratación de los egresados del curso de capacitación (alta al IMSS o del Contrato).</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sí ( )  No ( )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. En el plazo establecido en la normatividad (máximo cinco días hábiles, después de la conclusión del curso de capacitación).</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Después de cinco días hábiles de haber finalizado el curso de capacitación.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CON BASE EN LOS RESULTADOS DE LA PRESENTE EVALUACIÓN, LA OSNE, ¿CONSIDERA VIABLE LA PARTICIPACIÓN DE LA EMPRESA EN OTRO CURSO DE CAPACITACIÓN?**

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si ( ) ¿Por qué?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No ( ) ¿Por qué?</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Observaciones**

(En su caso, señale las consideraciones que considere relevantes sobre la participación de la empresa en el curso de capacitación)

________________________
Nombre y firma del personal de la OSNE que realizó la evaluación
Registro de Institución Educativa o Centro de Capacitación

REGISTRO DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA O CENTRO CAPACITADOR

Entidad Federativa

Para brindar un mejor servicio, sírvase proporcionar todos los datos que se le solicitan, los cuales son obligatorios y bajo protesta de decir la verdad. Este formato deberá ser llenado con letra de molde legible y los datos serán incorporados y tratados con fines de control y seguridad en el producto y protegidos conforme a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

R.F.C.          Fecha

CURP: (sólo para personas físicas)

Capacitación para el Automejoramiento

Capacitación para Técnicos y Profesionales

DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O CENTRO CAPACITADOR ( marque con una “X” en el paréntesis que dé respuesta a la pregunta)

Tipo de empleador: Privado ( ) Público ( ) Social ( )

En caso de tipo de Institución Educativa o Centro Capacitador privado, indicar el tipo de persona: Física ( ) Moral ( )

Tipo de sociedad (en caso de empresa moral S.A. S.A. de C.V., etcétera):

DOMICILIO FISCAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O CENTRO CAPACITADOR

Código Postal          Entidad Federativa          Municipio o Delegación          Código          Localidad

¿Entre qué calles?

CLASIFICACIÓN

Número de empleador:          Rama de actividad:          

DESCRIPCIÓN Y RECLUTAMIENTO

Descripción de la Institución Educativa o Centro Capacitador

Correo electrónico de información general de la Institución Educativa o Centro Capacitador

Página Web de la Institución Educativa o Centro Capacitador

¿Cómo se enteró del Servicio Nacional de Empleo (SNE)

CONTACTO

*Notas: al menos un dato de contacto es obligatorio. En el caso del teléfono se verificará por el SNE, y en el caso del correo se enviará un mensaje para ser confirmado. En caso de no poder contactarlo a través de ninguno de estos medios de contacto proporcionados, no se podrá brindar el apoyo.

Nombre ( ), primer apellido y segundo apellido del contacto:

Número telefónico del contacto:

Correo electrónico de contacto:
## CURSOS PRESENCIALES OFRECIDOS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Horas de capacitación</th>
<th>Costo*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Instalaciones donde se impartirán los cursos de capacitación</td>
<td>Equipo disponible para la capacitación</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Salones</td>
<td>Talleres</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Horas de capacitación</th>
<th>Costo*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Instalaciones donde se impartirán los cursos de capacitación</td>
<td>Equipo disponible para la capacitación</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Salones</td>
<td>Talleres</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Horas de capacitación</th>
<th>Costo*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Instalaciones donde se impartirán los cursos de capacitación</td>
<td>Equipo disponible para la capacitación</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Salones</td>
<td>Talleres</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad # personas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Incluye en su caso, costo de inscripción, pago de colegiatura y el material didáctico de apoyo por participante.
## II. CURSOS EN LÍNEA OFRECIDOS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Horas de capacitación</th>
<th>Información general sobre el curso</th>
<th>Módulos que lo conforman</th>
<th>Fecha de inicio y de término</th>
<th>Disponibilidad de la plataforma (horas al día)</th>
<th>Criterios de evaluación</th>
<th>Tareas y/o actividades por módulo</th>
<th>Espacio en el que cada beneficiario pueda ver su avance y el cumplimiento de sus tareas y/o actividades</th>
<th>Dirección electrónica en la WEB para acceso</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Declara bajo protesta de decir la verdad que los datos contenidos en esta solicitud son ciertos.**

Atendiendo al principio de “consentimiento” consagrado en el artículo 16 y de conformidad con lo señalado en el artículo 20, ambos de la LGPDPPSO, en calidad de Director expreso mi voluntad, específica e informada, para que se efectúe el tratamiento de mis datos personales por la OSNE para los fines consistentes en promoción de oferta de cursos, autorizo a la OSNE para que realice la Transferencia de mis datos personales a la STPS a través de la CCONSE, con el objetivo de llevar a cabo actividades relacionadas con aquellas que originaron la solicitud de dichos datos personales. Asimismo, la OSNE como Sujeto Obligado será la encargada de establecer los mecanismos necesarios para la protección de los datos bajo su resguardo, así como de aquellos mecanismos que aseguren la correcta transferencia de éstos a otra entidad.

He sido informado que podré ejercer los derechos de acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), de conformidad con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, ante los Responsables de la posesión de dichos datos, entendiéndome que para el caso, será la OSNE el Sujeto obligado.

También, me comprometo a garantizar la confidencialidad y protección de los datos personales que me sean proporcionados respecto a candidatos a cursos que oferté, que dichos datos únicamente los utilizaré para los fines para los que me fueron transferidos, y que estre sujeto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

**Nombre y firma del Director o Representante de la Institución Educativa o Centro Capacitador**

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.*

*Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar a los teléfonos: 01-800 841-20-20, 3000 4172 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social*

Este formulario podrá reproducirse libremente, siempre y cuando no se altere su contenido y la impresión de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta.
Visita de verificación de la Institución Educativa o Centro de Capacitación
**Manual de Procedimientos**

**Subprograma Bécate**

---

### PARA CURSOS EN LÍNEA

¿La Institución Educativa o Centro Capacitador cuenta con la plataforma para la realización del curso y ésta contiene los elementos señalados para llevar a cabo el curso en línea?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Portada</th>
<th>Información general del curso</th>
<th>Módulos que lo conforman</th>
<th>Criterios de evaluación</th>
<th>Tareas y/o actividades por cada módulo</th>
<th>Espacio en el que cada beneficiario puede ver su avance, el cumplimiento de sus tareas y/o actividades y recibir retroalimentación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Sí</td>
<td>No</td>
<td>Sí</td>
<td>No</td>
<td>Sí</td>
<td>No</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

### II. CONDICIONES DEL EQUIPO PARA LA CAPACITACIÓN

¿El equipo disponible es suficiente y adecuada para impartir el (los) curso (s) de capacitación?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cantidad</th>
<th>Capacidad de personas</th>
<th>Descripción del equipo</th>
<th>¿Son suficientes y adecuados?</th>
<th>Observaciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Sí</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

### IV. Instructor. Sólo para la modalidad de Capacitación para el Autoempleo.

¿La Institución Educativa o Centro Capacitador cuenta con el instructor para la impartición del curso de capacitación?  

- Sí  
- No

**Observaciones:**

---

De acuerdo a la visita de verificación y a la información proporcionada por la Institución Educativa o Centro Capacitador, la Oficina del Servicio de Empleo ¿considera viable su participación en la modalidad?  

- Sí  
- No

---

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA O CENTRO CAPACITADOR**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Personal que atendió la visita</th>
<th>Nombre y firma</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>E Director</td>
<td>Nombre y firma</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**OSNE**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Responsable de la UR</th>
<th>Nombre y firma</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Nombre y firma</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**Página 2 de 2**
Visita al lugar donde se impartirá la capacitación
**BÉCATE**

**VISITA AL LUGAR DONDE SE IMPARTIRÁ LA CAPACITACIÓN**

Anote en el siguiente cuadro la información solicitada sobre las instalaciones donde se impartirá el curso.

<table>
<thead>
<tr>
<th>No.</th>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Fecha</th>
<th>Horas por especialidad</th>
<th>Instalaciones donde se impartirán los cursos de capacitación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Inicio</td>
<td>Término</td>
<td>Salones</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Cantidad</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Observaciones:

De acuerdo a la revisión e información proporcionada por la empresa, la Oficina del Servicio Nacional de Empleo ¿considera viable la impartición del curso de capacitación?

- Sí ( )
- No ( )

**Empresa**

**OSNE**

Nombre, cargo y firma de la persona que atendió la visita

Nombre, cargo y firma de quien realizó la visita
**Visita de verificación de la empresa**

| INSTRUCCIONES: Para ser aplicado durante el recorrido a la empresa y en entrevista con el dueño o representante de la misma. |

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>DATOS DE LA EMPRESA</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nombre(s): Apellido Paterno y Materno o Razón Social</td>
</tr>
<tr>
<td>Domicilio del curso: El domicilio donde se encuentra y los requisitos para ocupar el curso corresponden a lo anotado en el 'Registro de Vacantes' (Anexo A del Comité de Capacitación)?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>DATOS DE LA VACANTE</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Entidad federativa: Para el procedimiento de capacitación laboral correspondiente.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>CONDICION DE LAS INSTALACIONES DONDE SE IMPARTIRÁ EL CURSO DE CAPACITACIÓN</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si ( ) NO ( )</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Capitulación para la Certificación de Capacitación Laboral</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Capitulación para la Certificación de Comprender la misma</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Manual de Procedimientos**
**Subprograma Bécate**
## BÉCATE
**VISITA DE VERIFICACIÓN A LA EMPRESA**

Anote en el siguiente cuadro la información solicitada sobre las instalaciones donde se impartirá el curso.

<table>
<thead>
<tr>
<th>No.</th>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Fecha</th>
<th>Horas por especialidad</th>
<th>Instalaciones de la empresa donde se impartirán los cursos de capacitación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Inicio</td>
<td>Término</td>
<td>Sáloones</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| IV.3 ¿La empresa cuenta con los instructores para la impartición del curso de capacitación? | Sí ( ) | No ( ) |
| IV.4 ¿Cuenta con Comisión Mixta de Productividad, Capacitación y Adiestramiento? | Sí ( ) | No ( ) |
| IV.5 ¿Cuenta con Comisión Mixta de Seguridad e Higiene? | Sí ( ) | No ( ) |

**Observaciones:**

De acuerdo a la revisión física e información proporcionada por la empresa, la Oficina del Servicio Nacional de Empleo ¿considera viable la participación de la empresa en la modalidad?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Empresa</th>
<th>OSNE</th>
</tr>
</thead>
</table>

Nombre, cargo y firma del dueño o representante de la empresa

Nombre, cargo y firma del personal que realizó la visita
Formatos Capacitación Mixta
**Lista de control de expediente general**

La expediente general deberá incluir la lista al reverso de la carpeta con la información de las fechas y las correspondientes firmas del responsable de la integración. La validación de la integración de los expedientes, implica asegurarse que los formatos se encuentren correctamente llenados y con las firmas correspondientes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Documento</th>
<th>Fecha de integración</th>
<th>Nombre y firma del responsable de la integración</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Convocatoria 2018,</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Acuse de recibo del oficio donde se notifica el inicio de operaciones al Órgano Estatal de Control</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 Copia del oficio de invitación a la CGSNE. En su caso.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Responsables de validar la integración de los expedientes.

---

| Nombre y firma del responsable del subprograma Bécate | Nombre y firma del Coordinador de Supervisión, Contraloría Social y Asesoría Jurídica, de acuerdo al porcentaje de revisión que establece el Esquema de Contraloría Social vigente. |
Lista de control de expediente operativo

### BÉCATE
**CAPACITACIÓN MIXTA**

**LISTA DE CONTROL DE EXPEDIENTE OPERATIVO**

Cada expediente operativo deberá incluir esta lista al reverso de la carpeta con la información de las fechas y las correspondientes firmas del responsable de la integraición. La validación de la integraición de los expedientes, implica asegurarse que los formatos se encuentren correctamente llenados y con las firmas correspondientes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Documento</th>
<th>Fecha de integración</th>
<th>Nombre y firma del responsable de la integración</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Programa de capacitación (Formato BECATE-1).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Instrumentos de evaluación, en blanco. <strong>En su caso.</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 Copia de la evidencia de contratación del seguro contra</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>accidentes y el servicio médico básico de atención otorgado</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a los beneficiarios.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 Autorización del registro de acciones (Formato AR-01).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CONCERTACIÓN DE VACANTES CON CAPACITACIÓN**

**ATENCIÓN Y SELECCIÓN DEL BUSCADOR DE EMPLEO**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Documento</th>
<th>Fecha de integración</th>
<th>Nombre y firma del responsable de la integración</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5 Registro del Solicitante (Formato SNE-01).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6 • Copia de la Cédula Nacional o cédula profesional o pasaporte</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Pasaporte o Certificación del Servicio Militar Nacional.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• En caso de menores de 18 años y personas reportadas, se</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acceptará la identificación con fotografía y firma expedida por</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>el gobierno federal, estatal o municipal. Tratándose de</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>personas previamente a la carpeta de preliberación que</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>emita el Centro de Realización Social correspondiente y en</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>caso de personas con discapacidad, la identificación que emita</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>el DF que indique su discapacidad o cédula con fotografía y</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>firma expedida por el gobierno estatal o municipal que</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>indique que la persona tiene discapacidad.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7 • Copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• En su caso</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8 • Copia de comprobante de nivel máximo de estudios</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>requerido en el Programa de Capacitación (Formato BECATE-1).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9 • Copia del comprobante de domicilio reciente, máximo</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tres meses de haber sido expedido (recibo de luz, teléfono,</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>agua o predial).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10 Documero expedido por una institución bancaria con</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vigencia no mayor a dos meses, que muestre la &quot;CLAVE&quot;</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(clave Bancaria Estandarizada de 18 dígitos), solo en el caso</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>de que disponga de una cuenta bancaria.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Documento</td>
<td>Fecha de integración</td>
<td>Nombre y firma del responsable de la integración</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INICIO DE CURSOS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11 Lista de asistencia (generada por el Sistema de información).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12 Contraloría Social en el Servicio Nacional de Empleo (Formato CS-01).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13 Acta de constitución de Comité de Contraloría Social (Formato ACCCS-02). En su caso.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14 Informe del Comité de Contraloría Social Programa de Apoyo al Empleo (Formato IC-03). En su caso.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SEGUIMIENTO DE LA CAPACITACIÓN</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15 Relación de apoyos económicos (generada por el Sistema de Información).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16 Reporte de seguimiento de la capacitación (Formato BECATE-2).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17 Encuesta de Satisfacción de empleadores (Formato BECATE-4). En su caso.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18 Encuesta de Satisfacción de beneficiarios (Formato BECATE-5). En su caso.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE CURSOS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19 Evaluación de la empresa (Formato EFE-1).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20 Copia de constancia de participación de algún beneficiario.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21 Copia del Certificado de competencia laboral de cada uno de los beneficiarios. En su caso.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22 Copia de la evidencia de contratación de los beneficiarios (contrato o alta al IMSS).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23 Reporte de colocación (Formato BECATE-3).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Responsable de validar la integración de los expedientes

Nombre y firma del responsable del subprograma Bécate

Nombre y firma del Coordinador de Supervisión, Contraloría Social y Asesoría Jurídica, de acuerdo al porcentaje de revisión que establece el Esquema de Contraloría Social vigente.
### Lista de control de expediente por empresa

Cada expediente por empresa deberá incluir esta lista al reverso de la carátula con la información de las fechas y las correspondientes firmas del responsable de la integración. La validación de la integración de los expedientes implica asegurarse que los formatos se encuentren correctamente llenados y con las firmas correspondientes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Documento</th>
<th>Fecha de integración</th>
<th>Nombre y firma del responsable de la integración</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Registro de Empleadores (Formato SNE-02).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. i. Copia de la Constancia del Registro en el RFC.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. ii. Copia de la identificación oficial vigente del empleador o de la persona que representa al empleador.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. iii. Copia de la CURP, en caso de ser Persona Física. En su caso.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. iv. Documento que acredite la personalidad del representante legal o apoderado del Empleador (en el caso de personas morales presentará sólo las hojas del acta constitutiva donde se señale el número del acta, fecha de constitución, objeto social y el nombre del representante de la empresa).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. v. Copia del Registro patronal ante el IMSS.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. vi. Copia del comprobante de domicilio relativo de la empresa o de la persona física (recibo de luz, teléfono, agua o predial) con un máximo de tres meses de haber sido expedido. En caso de que la capacitación se lleve a cabo en un domicilio diferente al registrado por el empleador en el Formato SNE-02, se deberá incluir la copia del comprobante de dicho domicilio.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. Registro de vacantes (Formato Anexo A del SNE-02).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Convenio de capacitación.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Anexo del Convenio de capacitación.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. Croquis de localización de la empresa señalando los principales puntos de referencia y/o lugar donde se impartirá la capacitación.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Documento</td>
<td>Fecha de integración</td>
<td>Nombre y firma del responsable de la integración</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Visita de verificación a la empresa (Formato VVE-1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Visita al lugar donde se impartirá el curso (Formato VLC-1). En su caso.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Acuse de recepción de la solicitud del dueño o representante de la empresa.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Responsible de validar la integración de los expedientes

---

Nombre y firma del responsable del subprograma Bécate

Nombre y firma del Coordinador de Supervisión, Contraloría Social y Asesoría Jurídica, de acuerdo al porcentaje de revisión que establece el Esquema de Contraloría Social vigente.
Convenio de capacitación

BÉCATE
CAPACITACIÓN MIXTA
CONVENIO DE CAPACITACIÓN

CONVENIO DE CAPACITACIÓN EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE APOYO AL EMPLEO, EN LA MODALIDAD CAPACITACIÓN MIXTA DEL SUBPROGRAMA BÉCATE, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE "LA OFICINA DEL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO ______", QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "LA OSNE" REPRESENTADA POR ___________ y POR LA OTRA, EL EMPLEADOR REPRESENTADO POR ___________, EN SU CARÁCTER DE ___________, QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "EL EMPLEADOR", DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

I.- DE "LA OSNE"

A) Que en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), como dependencia federal normativa, lleva a cabo la instrumentación del Programa de Apoyo al Empleo, en la modalidad Capacitación Mixta del subprograma Bécate, que tiene como propósito apoyar a Solicitantes de empleo canalizados que requieran capacitarse para facilitar su colocación o el desarrollo de una actividad productiva por cuenta propia.

B) Que "LA OSNE" es la responsable de operar y dar seguimiento al Programa de Apoyo al Empleo y a todas las acciones del subprograma Bécate, en la entidad federativa.

II.- DE "EL EMPLEADOR"

A) Ser un empleador registrado bajo el régimen de ___________, que está constituida conforme a los lineamientos legales vigentes, de conformidad con la Escritura Constitutiva Número ___________, de fecha ___________, cuyo objeto social es ___________.

B) Que su representante es el (la) ___________, quien acredita su personalidad mediante ___________

C) Que su domicilio fiscal es ___________.
Por lo anteriormente expuesto, las partes se comprometen al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- "LA OSNE", se obliga durante la vigencia del presente Convenio a:

A) Entregar la beca de capacitación a los beneficiarios seleccionados durante el tiempo que abarque el curso de capacitación y otorgar ayuda de transporte, cuando así se acuerde con "EL EMPLEADOR". De acuerdo a lo señalado en el "Anexo del Convenio de capacitación"

B) Llevar a cabo en coordinación con "EL EMPLEADOR" la promoción, reclutamiento y selección de los aspirantes a la capacitación que se ajusten a la normatividad del subprograma Bécate y al perfil establecido por "EL EMPLEADOR" en el Programa de Capacitación.

C) Supervisar que los beneficiarios sólo realicen actividades relacionadas con la capacitación teórico-práctica que correspondan al Programa de Capacitación convenido.

D) Verificar y dar seguimiento a las obligaciones que adquiere "EL EMPLEADOR" con la firma del presente Convenio, desde la concertación de las acciones de capacitación hasta la embarazada.

SEGUNDA.- "EL EMPLEADOR", durante la vigencia del presente Convenio se obliga a:

A) Determinar, conjuntamente con "LA OSNE", el perfil y experiencia laboral del beneficiario que será requerido a los aspirantes para participar en el (los) curso(s) de capacitación.

B) Proporcionar un seguro de accidentes para los beneficiarios durante el periodo de capacitación, mediante

C) Proporcionar servicio médico de primer nivel de atención para los beneficiarios durante el periodo de capacitación, mediante

D) Aportar los gastos del material de capacitación para la realización de las prácticas del proceso de capacitación, consistentes en: Pago al (los) instructor (es), material de capacitación, ayuda de transporte (en su caso) y, en caso de existir, otros apoyos económicos o en especie. De acuerdo a lo señalado en el "Anexo del Convenio de capacitación"

E) Facilitar sus instalaciones para la realización de los cursos, incluyendo las prácticas correspondientes a los mismos, dentro del periodo y horario establecidos en el "Anexo del Convenio de capacitación".

F) Elaborar los programas y contenidos de capacitación, contemplando preferentemente 20% de teoría y 80% de práctica.

G) Impartir el (los) curso(s) de capacitación establecidos en el "Anexo del Convenio de capacitación" a los beneficiarios seleccionados por "LA OSNE" de acuerdo al Programa de Capacitación, mismo que se anexa al presente Convenio y forma parte del mismo.

H) Establecer el número de horas de capacitación señalándolo en el "Anexo del Convenio de capacitación" tomando en consideración los siguientes aspectos:

- Si el horario es continuo, la capacitación efectiva no deberá exceder de siete horas diarias.
- Si el horario es discontinuo, la capacitación efectiva no deberá exceder ocho horas diarias.
Considerando los dos puntos anteriores, si “EL EMPLEADOR” trabaja de lunes a viernes se procederá a ajustar el número total de horas de capacitación efectiva por día, de tal manera que no se rebasen 40 horas a la semana y, si trabaja de lunes a sábado, no se excedan de 48 horas por semana.

En el caso de que una acción de capacitación se lleve a cabo en un domicilio diferente al asentado en el Formato Registro de Empleadores (SNE-02), se deberá hacer el señalamiento correspondiente en el “Anexo del Convenio de capacitación”.

I) Asesorar, orientar y supervisar la impartición de los cursos según el Programa de Capacitación.

J) Verificar que los solicitantes de empleo seleccionados que participen en los cursos, únicamente realicen tareas que estén relacionadas con el Programa de Capacitación.

K) Informar, a solicitud de “LA OSNE”, el avance y desarrollo del Programa de Capacitación, así como enviar los reportes que se le requieran.

L) Proporcionar las facilidades necesarias al personal de “LA OSNE”, de la Coordinación General del Servicio Nacional de Empleo de la STPS o de los órganos de control interno federal o estatal, para que realicen verificaciones en el cumplimiento de los cursos.

M) Informar por escrito y en un plazo no mayor a 48 horas a “LA OSNE” cuando algún beneficiario presente irregularidades en su desempeño o infrinja el reglamento interior de “EL EMPLEADOR”, para que se apliquen las sanciones correspondientes.

N) Emitir y entregar de manera conjunta con “LA OSNE”, un comprobante que acredite la participación de los beneficiarios en el curso.

O) En caso de que el curso de capacitación sea basado en Estándares de competencia “EL EMPLEADOR” deberá entregar a “LA OSNE” copia del certificado que recibieron los beneficiarios.

P) Contratar al menos al 80% de los beneficiarios egresados del curso de capacitación. De manera particular, en el sector turismo, debido a las características de temporalidad de sus actividades, el período de contratación de los egresados será al menos el doble de la duración del curso de capacitación.

Q) Contratar a los egresados del curso de capacitación de acuerdo al porcentaje establecido, con el salario mensual ofrecido, señalado en el Anexo A del SNE-02, el cual deberá ser igual o mayor al monto de la beca otorgada. Asimismo, en caso de que los egresados del curso de capacitación sean menores de 18 años, para su contratación el empleador deberá de observar las disposiciones señaladas en la Ley Federal del Trabajo, en materia de trabajo de menores.

R) Informar a “LA OSNE”, el nombre de los beneficiarios que concluyeron su capacitación y que fueron contratados, así como el nombre del puesto que ocupan, su temporalidad y el monto del salario mensual ofrecido (señalado en el Anexo A del Formato SNE-02) conforme a lo establecido en la cláusula Q) así como entregar copia del alta al IMSS o del Contrato, en un plazo no mayor de cinco días hábiles, posterior a la conclusión del curso de capacitación.

S) Vigilar que los beneficiarios sólo realicen actividades correspondientes a la capacitación teórico-práctica que corresponda al Programa de Capacitación convenido. En ningún caso, los beneficiarios estarán obligados a realizar tareas que no estén relacionadas con la capacitación.

T) En caso de que “EL EMPLEADOR” incumpla lo estipulado en las Reglas de Operación del PAE vigentes y/o en el presente convenio o proporcione datos o documentos falsos, se hará acreedor a las siguientes sanciones:

...
- Suspensión del (los) curso (s) de capacitación en operación, y
- Quedará impedido definitivamente para participar en lo sucesivo en el subprograma Bécate.

U) En caso de que “EL EMPLEADOR” requiera de la contratación de una Institución Educativa o Centro de Capacitación, deberá de establecer con ésta las condiciones en que se impartirá la capacitación, conforme a lo establecido en el presente Convenio. Asimismo, deberá notificar a “LA OSNE” el nombre de la institución Educativa o Centro de Capacitación que impartirá la capacitación, así como su domicilio correspondiente.

TERCERA.- Terminación. El presente Convenio se dará por terminado por cualquiera de las siguientes causas:

A) Por acuerdo de las partes.
B) Por incumplimiento de las obligaciones de cualquiera de las partes.
C) En cuanto las partes den cumplimiento a los compromisos asumidos.

CUARTA.- Cesión. “EL EMPLEADOR” no podrá ceder o transmitir los derechos y obligaciones derivados de este Convenio a terceras personas sin la autorización por escrito de quien represente legalmente a “LA OSNE”

QUINTA.- Jurisdicción. Para la interpretación y cumplimiento del presente Convenio, las partes expresamente se someten a la jurisdicción de los tribunales competentes, renunciando a cualquier otro fuero que por razón de sus domicilios presentes o futuros, pudiera corresponderles por cualquier otra causa.

Enteradas las partes del alcance y contenido legal del presente Convenio, lo firman de conformidad en .......................... a los ............... días del mes de ................ del año ...........

POR “LA OSNE”

______________________________
Nombre, cargo y firma

______________________________
TESTIGO

______________________________
Nombre, cargo y firma

POR “EL EMPLEADOR”

______________________________
Nombre, cargo y firma

______________________________
TESTIGO

______________________________
Nombre, cargo y firma
Anexo del convenio de capacitación

**BÉCATE**
CAPACITACIÓN MIXTA

Este anexo forma parte integrante del convenio de capacitación que celebran, por una parte, “la Oficina del Servicio Nacional de Empleo” representada por [nombre o posición] en su carácter de [rol], y por la otra, “el empleador” representado por [nombre o posición] en su carácter de [rol].

**Características del (los) curso(s).**

Domicilio donde se realizarán el (los) curso(s) de capacitación (Anotar sólo en caso de que el domicilio donde se realizarán el (los) curso(s) de capacitación sea diferente al señalado en el Formato Registro de Empleadores SNE-02).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Calle</th>
<th>No. exterior</th>
<th>No. interior</th>
<th>Entre que calles</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Municipio o Delegación</td>
<td>Colonia</td>
<td>Código Postal</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Número consecutivo</th>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Duración en horas</th>
<th>Período de duración</th>
<th>Número de vacantes</th>
<th>Número de beneficiarios</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Número consecutivo</th>
<th>Días de la semana</th>
<th>Horario</th>
<th>Horario descansos y/o Comidas</th>
<th>Horas totales a la semana</th>
<th>Número de acción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Número consecutivo</th>
<th>Monto del Apoyo (Conformado en número de salarios mínimo)</th>
<th>Periodicidad del Pago (Dólar o Quetzal)</th>
<th>Aportación de la empresa para los gastos de capacitación (Gtén)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**POR “LA SNE”**
Nombre, cargo y firma

**POR “EL EMPLEADOR”**
Nombre, cargo y firma
Formatos Capacitación en la Práctica Laboral
Cada expediente general deberá incluir esta lista al reverso de la carátula con la información de las fechas y las correspondientes firmas del responsable de la integración. La validación de la integración de los expedientes, implica asegurarse que los formatos se encuentren correctamente llenados y con las firmas correspondientes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Documento</th>
<th>Fecha de integración</th>
<th>Nombre y firma del responsable de la integración</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1  Convocatoria 2018.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2  Acuse de recibido del oficio donde se notifica el inicio de operaciones al Órgano Estatal de Control.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3  Copia del oficio de invitación a la CGSNE. En su caso.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4  Registro del Solicitante (Formato SNE-01) del candidato a instructor.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5  ✓ Curriculum vitae actualizado con la documentación soporte respectiva.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6  ✓ Copia de la constancia del nivel máximo de estudios.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7  ✓ Copia de la constancia que acredite conocimientos en procesos de enseñanza aprendizaje.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8  ✓ Copia del documento que acredite su experiencia laboral de al menos un año o conocimientos profesionales o técnicos relacionados con los cursos de capacitación a supervisar.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9  ✓ Copia de la identificación oficial (credencial para votar o cédula profesional o pasaporte).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10 ✓ Copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP). En su caso.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11 ✓ Copia del comprobante de domicilio reciente, máximo tres meses de haber sido expedido (recibo de luz, teléfono, agua o predial).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Documento</td>
<td>Fecha de integración</td>
<td>Nombre y firma del responsable de la integración</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Copia del RFC.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Copia del contrato de Prestación de Servicios con Actividad Empresarial o por Honorarios, según sea el caso.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Acuse de recibo de Credencial del Instructor (Formato CPL-2).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Copia de la constancia de participación en el curso de inducción al SNE y sus funciones.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Responsables de validar la integración de los expedientes

Nombre y firma del responsable del subprograma Bécate

Nombre y firma del Coordinador de Supervisión, Contraloría Social y Asesoría Jurídica, de acuerdo al porcentaje de revisión que establece el Esquema de Contraloría Social vigente.
Lista de control de expediente operativo

BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL

LISTA DE CONTROL DE EXPEDIENTE OPERATIVO  CPL-1A

Cada expediente operativo deberá incluir esta lista al reverso de la carpeta con la información de las fechas y las correspondientes firmas del responsable de la integración. La validación de la integración de los expedientes, implica asegurarse que los formatos se encuentren correctamente llenados y con las firmas correspondientes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Documento</th>
<th>Fecha de integración</th>
<th>Nombre y firma del responsable de la integración</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>1</strong></td>
<td>Programa de capacitación (Formato BÉCATE-1).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>2</strong></td>
<td>Instrumento de evaluación, en blanco, <strong>En su caso</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>3</strong></td>
<td>croquis del domicilio donde el instructor imparte la capacitación teórica.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>4</strong></td>
<td>Autorización del registro de acciones (ARA-01) (generada por el Sistema de Información).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5</strong></td>
<td>Contraloría Social en el Servicio Nacional de Empleo (Formato CS-D1).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>6</strong></td>
<td>Acta de constitución de Comité de Contraloría Social (Formato ACCCS-D2). <strong>En su caso.</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>7</strong></td>
<td>Informe del Comité de Contraloría Social Programa de Apoyo al Empleo (Formato IC-03). <strong>En su caso.</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>8</strong></td>
<td>Reporte semanal de seguimiento (Formato CPL-4).*/</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>9</strong></td>
<td>Lista de asistencia (generada por el Sistema de Información).*/</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>10</strong></td>
<td>Relación de apoyos económicos (generada por el Sistema de Información).</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*/Anotar la fecha y firma de integración en cada línea la cual equivale a un mes, tanto para el Reporte semanal como Control de asistencia.*
EMPRESAS Y BENEFICIARIOS
(Estos documentos se deberán integrar por cada una de las empresas participantes y sus beneficiarios respectivos)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Documento</th>
<th>Fecha de integración</th>
<th>Nombre y firma del responsable de la integración</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>11  Registro de empleadores (Formato SNE-02).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12  Registro de vacantes (Formato Anexo A del SNE-02).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13  i) Copia de la Constancia del Registro en el RFC.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14  ii) Copia de la identificación oficial vigente del empleador o de la persona que representa al empleador.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15  iii) Copia de la CURP, en caso de ser Persona Física. En su caso</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16  iv) Documento que acredite la personalidad del representante legal o apoderado del Empleado (en el caso de personas morales presentará sólo las hojas del acta constitutiva donde se señele el número del acta, fecha de constitución, objeto social y el nombre del representante de la empresa)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17  v) Copia simple legible del comprobante de domicilio reciente de la empresa o de la persona física (recibos de luz, teléfono, agua o predial) con un máximo tres meses de haber sido expedito, en caso de que la capacitación se lleve a cabo en un domicilio diferente al registrado por el empleado en el Formato SNE-02 se deberá incluir copia del comprobante de dicho domicilio.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18  Croquis del domicilio de la empresa señalando los principales puntos de referencia.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19  Visita de verificación a las empresas (Formato CPL-8)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20  Acuse recibo de la respuesta a la solicitud del dueño o representante de la empresa.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21  Actividades del beneficiario (Formato CPL-3).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22  Confirmación de participación del empleado.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23  Reporte final del empleado (Formato CPL-6).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24  Copia de la evidencia de contratación de los beneficiarios (contrato o alta al IMSS)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25  Registro del solicitante (Formato SNE-01).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>26  • Copia de la Credencial para votar vigente o cédula profesional o pasaporte vigente o Cartilla del Servicio Militar Nacional. En caso de menores de 18 años y personas reprobadas, se aceptará una identificación con fotografía y firma, expedida por el gobierno federal, estatal o municipal. Tratándose de personas prebienadas la carta de prebienado que emite el Centro de Readaptación Social correspondiente y en el caso de personas con discapacidad, la identificación que emita el DIF que indique la discapacidad o credencial con fotografía y firma expedida por el gobierno estatal o municipal que indique que la persona tiene discapacidad.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Documento

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th>Fecha de integración</th>
<th>Nombre y firma del responsable de la integración</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>27</td>
<td>• Copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP). <strong>En su caso</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>• Copia del comprobante del nivel máximo de escolaridad requerido en el Programa de Capacitación (Formato BECATE-1).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>• Copia del comprobante de domicilio reciente, máximo tres meses de haber sido expedido (recibo de luz, teléfono, agua o predial).</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>En el caso de que disponga de una cuenta bancaria, copia de la CLABE (Clave Bancaria Escandaliada de 18 dígitos), expedida por una institución bancaria con vigencia no mayor a dos meses.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>31</td>
<td>Reporte de seguimiento de la capacitación (Formato BECATE-2).</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>Evaluación final de beneficiarios (Formato CPL-5).</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>Evaluación del desempeño del instructor (Formato CPL-7).</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>Evaluación de la empresa (Formato CPL-9).</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>Encuesta de satisfacción de empleadores (Formato BECATE-4). <strong>En su caso</strong>.</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>Encuesta de satisfacción de beneficiarios (Formato BECATE-5). <strong>En su caso</strong>.</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>Reporte de colocación (Formato CPL-10).</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>Constancias de participación de algún beneficiario.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Responsables de validar la integración de los expedientes

---

**Nombre y firma del responsable del subprograma BECATE**

**Nombre y firma del Coordinador de Supervisión,**

**Central Social y Asesoría Jurídica,**

**Decreto de revisión que establece el Esquema de Central Social vigente.**
Credencial del instructor

CREDENCIAL DEL INSTRUCTOR

Esta credencial ampara al portador para realizar acciones de promoción y difusión del subprograma BÉCATE en la modalidad Capacitación en la Práctica Laboral que opera la Oficina del Servicio Nacional de Empleo, para beneficio de la población que se encuentre en búsqueda de empleo.

Atentamente,

(Sello oficial)

Nombre y firma del
Titular de la OSNE


| Horario de: | a | y de | a |

Este formato será llenado por la empresa, de acuerdo al proceso productivo que se lleva a cabo en la misma.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Descripción del proceso productivo o prestación de servicio</th>
<th>Actividades que desarrollará el beneficiario</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: en caso de que el espacio de este formato sea insuficiente, se podrán anexar formatos adicionales, con su respectiva numeración de hojas.

**Dueño o representante de la empresa**

**Nombre y firma**

Página 1/1
<table>
<thead>
<tr>
<th>No.</th>
<th>Nombre del Beneficiario</th>
<th>Firmas del Beneficiario</th>
<th>Nombre de la empresa</th>
<th>Firmas del Dueño o representante de la empresa</th>
<th>Observaciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Notas: Esta hoja se deberá imprimir las veces que sean necesarias.
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sí</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Sí</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>No</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Sí</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Sí</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Sí</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Sí</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Nombre de la Empresa**: [Nombre de la empresa]

**Observaciones**: [Observaciones si es necesario]

**Atentamente**: [Firma del instructor]

**Nombre del responsable de la modalidad**: [Nombre del responsable]

**CPL-4**: [Estado de la empresa]

**STPS**: [Logotipo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social]

**SNE**: [Logotipo del Servicio Nacional de Empleo]
Evaluación final de personas beneficiarias

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Fecha de inicio</th>
<th>Fecha de término</th>
<th>Nombre del beneficiario</th>
<th>Apropiación (Académico)</th>
<th>E = Excelente</th>
<th>B = Bueno</th>
<th>R = Regular</th>
<th>Inducción</th>
<th>Puntualidad</th>
<th>Aprendizaje</th>
</tr>
</thead>
</table>

Informe general sobre el aprovechamiento de los beneficiarios, considerando los aspectos que se señalan a continuación.

Nombre completo de los beneficiarios

Atentamente,

Instructor

Nombre y firma
BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL
REPORTE FINAL DEL EMPLEADOR

Por este medio, me permito hacer de su conocimiento mis comentarios acerca del desempeño de los beneficiarios y del instructor que participaron en el curso de capacitación:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Número Único</th>
<th>Fecha de elaboración</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>DD MM AA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Durante el periodo del: al

1) Desempeño del o los beneficiarios:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre (s) completos</th>
<th>Aprovechamiento (Aprendizaje)</th>
<th>Aptitudes y actitudes</th>
<th>Observaciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Excelente Buero Regular Malo</td>
<td>Excelente Buero Regular Malo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>( ) ( ) ( ) ( )</td>
<td>( ) ( ) ( ) ( )</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>( ) ( ) ( ) ( )</td>
<td>( ) ( ) ( ) ( )</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>( ) ( ) ( ) ( )</td>
<td>( ) ( ) ( ) ( )</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>( ) ( ) ( ) ( )</td>
<td>( ) ( ) ( ) ( )</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

2) Desempeño del Instructor:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre completo</th>
<th>Supervisión y asistencia técnica</th>
<th>Aptitudes y actitudes</th>
<th>Observaciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Excelente Buero Regular Malo</td>
<td>Excelente Buero Regular Malo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>( ) ( ) ( ) ( )</td>
<td>( ) ( ) ( ) ( )</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Dueño o representante de la empresa

Nombre y firma
Evaluación del desempeño del instructor monitor

---

### BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL

### EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL INSTRUCTOR MONITOR

**CPL-7**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de elaboración</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>dd</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### CONCERTACIÓN CON LAS EMPRESAS

1. El número de las empresas participantes en el curso fue:
   - De cinco, que es el mínimo requerido ( )
   - Entre 6 y 9 ( )
   - 10 a 15 ( )

2. La entrega de la documentación de las empresas por parte de IM fue:
   - Oportuna, antes de iniciar el curso ( )
   - Durante la primera semana de haber iniciado el curso ( )
   - A partir de la segunda semana de haber iniciado el curso ( )

3. De acuerdo a lo que revisó la OSNE en la visita de seguimiento a la empresa ¿Las actividades desarrolladas por el beneficiario correspondieron al proceso productivo o servicios de la empresa, de acuerdo a lo descrito por el empresario en el Formato CPL-3?
   - Sí ( )
   - No ( )

4. Los solicitantes de empleo ¿Cubrieron con los requisitos para ocupar la vacante señaladas en el Anexo A del SNE-02?
   - Sí ( ) Cuantos ________
   - No ( ) Cuantos ________

5. El perfil señalado en el Programa de Capacitación ¿Correspondió con los requisitos para ocupar la vacante establecidos en el Anexo A del SNE-02?
   - Sí ( )
   - No ( )

#### ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL CURSO

6. Los beneficiarios que participaron en el curso, ¿Cubrieron el perfil establecido en el Programa de Capacitación?
   - Sí ( ) Cuantos ________
   - No ( ) Cuantos ________

7. El instructor visitó a las empresas:
   - Dos veces a la semana, que es el mínimo requerido ( )
   - Más de dos veces por semana ( )
   - Menos del requerido ( )
BÉCATE  
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL  
EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL INSTRUCTOR MONITOR  
CPL-7

8. La supervisión a las empresas por parte del IM fue:  
   Buena ( )  Regular ( )  Mala ( )

9. La asesoría a los beneficiarios por parte del IM fue:  
   Buena ( )  Regular ( )  Mala ( )

10. ¿Los temas tratados en las sesiones teóricas, correspondieron a lo señalado en el Programa de Capacitación?  
    Sí ( )  No ( )

RESULTADOS EN LA COLOCACIÓN DE BENEFICIARIOS

11. La colocación de los egresados del curso de capacitación fue del _________%  

12. Los beneficiarios colocados en el curso respecto a los inscritos fueron del _________%  

CON BASE A LOS RESULTADOS DE LA PRESENTE EVALUACIÓN, LA OSNE, ¿CONSIDERA VIALBE LA PARTICIPACIÓN DEL IM EN OTRO CURSO DE CAPACITACIÓN?  
Sí ( )  No ( )

__________________________  
Nombre y firma del personal de la OSNE que realizó la evaluación
Visita de verificación a las empresas

<table>
<thead>
<tr>
<th>No.</th>
<th>Empresa No.</th>
<th>Entidad Federativa</th>
<th>Nombre del empresario</th>
<th>Apellidos Paterno y Materno o Razon Social</th>
<th>Fecha de la visita</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: El número de la empresa de esta página debe corresponder con el número de la siguiente página.
## BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL

### VISITA DE VERIFICACIÓN A LAS EMPRESAS

<table>
<thead>
<tr>
<th>No.</th>
<th>Empresa</th>
<th>DATOS DE LA EMPRESA ¿Los datos generales de la empresa y su domicilio corresponden a lo señalado en el “Registro de Empresas” (Formato SNE-02)M?</th>
<th>DOMICILIO DONDE SE LLEVARÁ A CABO EL CURSO ¿El domicilio donde se realizará el curso de capacitación corresponden al registrado en el formato Anexo II del Convenio de capacitación?</th>
<th>DATOS DE LA VACANTE ¿Los datos del puesto vacante, el domicilio donde se encuentra y los requisitos para ocuparlo corresponden a lo registrado en el formato “Registro de Vacantes” (Anexo A del SNE-03)?</th>
<th>CONDICIÓN DE LAS INSTALACIONES DONDE SE IMPARTIRÁ EL CURSO DE CAPACITACIÓN ¿Las instalaciones de la empresa facilitan el aprendizaje las prácticas de los participantes?</th>
<th>De acuerdo a la revisión física e información proporcionada por la empresa, la OSNE considera viable la participación de la empresa en la modalidad?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td></td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
<td>SI NO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**Instructor Monitor**

**Nombre y firma**
**Evaluación de la empresa**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del curso</th>
<th>Fecha de inicio</th>
<th>Número Único</th>
<th>Fecha de Término</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>CPI-9</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre de la Empresa</th>
<th>¿La empresa contrató a la familiar o familiar del estudiante para el curso de capacitación?</th>
<th>¿Firmó el estudiante o familiar el acta de participación del curso de capacitación?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Sí Ne</td>
<td>Sí Ne</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Nota:** En caso de que el curso conste de más de 15 empresas, incluir más registros.
### BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL
REPORTE DE COLOCACIÓN

**Reporte de colocación**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Logro entidad</th>
<th>CPL-10</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de inicio</th>
<th>Fecha de termino</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del Beneficiado</th>
<th>Nombre del Empresario</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>’S’</th>
<th>‘No’</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forma de inicio</th>
<th>Forma de inicio</th>
<th>Forma de inicio</th>
<th>Forma de inicio</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rpuesta</th>
<th>Rpuesta</th>
<th>Rpuesta</th>
<th>Rpuesta</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forma de inicio</th>
<th>Forma de inicio</th>
<th>Forma de inicio</th>
<th>Forma de inicio</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forma de inicio</th>
<th>Forma de inicio</th>
<th>Forma de inicio</th>
<th>Forma de inicio</th>
</tr>
</thead>
</table>

---

{STPS}
Confirmación de participación del empleador

BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRACTICA LABORAL

CONFORMACIÓN DE PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADOR

<table>
<thead>
<tr>
<th>Titular de la oficina del Servicio Nacional de Empleo en</th>
<th>FECHA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Dia</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mes</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Año</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Presente

Sirva este conducto para confirmar mi participación dentro del Programa de Apoyo al Empleo (PAE), en la modalidad Capacitación en la Práctica Laboral del subprograma Bécate, con el fin de contribuir a la capacitación práctica de personas que se encuentran en búsqueda de empleo y adquieran habilidades y destrezas laborales en el curso de ________________, a través de las actividades que se desarrollan en las instalaciones de mi empresa/taulí ________________ con domicilio en ________________.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre de la vialidad en la que se ubica el empleador</th>
<th>Número exterior</th>
<th>Número interior</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

¿Entre qué calles?

En la modalidad ________________, de ________________ a ________________.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Entidad federativa</th>
<th>Municipio o Delegación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Código Postal</th>
<th>Colonia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teléfono fijo</th>
<th>0</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lada</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Teléfono celular | 0 | 4 | 4 |

Manifiesto a usted mi compromiso de efectuar las siguientes acciones:

- Integrar al (los) C. ________________ beneficiario(s) y capacitario(s) entre 30 y 48 horas por semana en el proceso productivo de mi empresa en el siguiente horario ________________.

- Aportar el material y equipo necesario para el desarrollo del curso de capacitación, en el periodo y horarios determinados.
Otorgar a los beneficiarios la ayuda de transporte durante el tiempo que abarque el curso de capacitación, por un monto de 20 pesos por día asistido ( este compromiso aplica siempre y cuando se acuerde con la Oficina del Servicio Nacional de Empleo).

Proporcionar, en caso de existir, otros apoyos económicos o en especie por la cantidad de $________________ (_____/100 M.N.) correspondientes a____________________.

Permitir que el (los) beneficiario (s) asista (n) a la reunión semanal con el C. _______________ Instructor de la modalidad.

Emisir y entregar conjuntamente con la Oficina del Servicio Nacional de Empleo (OSNE) al término del curso, una constancia que acredite la participación de los beneficiarios.

Entregar a la OSNE un reporte sobre el desempeño de los beneficiarios y del instructor que participaron en el curso de capacitación.

Informar a la OSNE, el nombre de los beneficiarios que concluyeron su capacitación y que fueron contratados, así como el nombre del puesto que ocupan, su remuneración y el monto del salario mensual ofrecido (señalado en el Anexo A del Formato SNE-023) en un plazo no mayor a cinco días hábiles, posterior a la conclusión del curso de capacitación. También se debe entregar, en el mismo plazo, la evidencia de la contratación de los egresados. Dicha evidencia debe ser copia del contrato o del alta al IMSS.

Finalmente, estoy de acuerdo en que el C. ____________________________, Instructor de la OSNE, visite mi empresa para supervisar el proceso de capacitación de los beneficiarios.

Atentamente

El Dueño o Representante del Empleador

____________________________
Nombre y firma
Contrato de prestación de servicios instructor con actividad empresarial

**BÉCATE**

CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS INSTRUCTOR CON ACTIVIDAD EMPRESARIAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASOCIADOS A LA MODALIDAD CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL DEL SUBPROGRAMA BÉCATE DEL PROGRAMA DE APOYO AL EMPLEO, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, LA OFICINA DEL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO ____________, REPRESENTADA POR EL C. ________________, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE DICHA OFICINA A QUIEN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “OSNE” Y POR LA OTRA EL C. ____________, QUE EN LO SUCESIVO SERÁ DENOMINADO “INSTRUCTOR”, Y EN SU CONJUNTO SE LES DENOMINARÁ “LAS PARTES”, DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

**DECLARACIONES**

1. La “OSNE”, a través de su representante declara que:
   
   1.1 La Oficina del Servicio Nacional de Empleo ____________, tiene a su cargo en esa entidad federativa, la operación de los programas, servicios y estrategias derivados del Programa de Apoyo al Empleo (en adelante PAE), conforme a lo establecido en el Convenio de Coordinación suscrito entre el Ejecutivo Federal y el respectivo del Estado.

   1.2 Cuenta con facultades para suscribir el presente contrato, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula CUARTA inciso C) del instrumento de coordinación señalado en el numeral precedente.

   1.3 Requiere de los servicios del “INSTRUCTOR” para que se imparta el curso de capacitación denominado ____________ en la modalidad, Capacitación en la Práctica Laboral del subprograma Bécate.

   1.4 Cuenta con los recursos presupuestales suficientes para la erogación prevista en el presente instrumento.

   1.5 El presente instrumento se celebra en concordancia con las Reglas de Operación del PAE aplicables, en específico las del subprograma Bécate.

   1.6 Para los efectos legales de este contrato, señala como su domicilio el ubicado en ____________.

   ___________________________________________________________________

   Página 1 | 6
II. Declara el “INSTRUCTOR” que:

II.1 Tiene capacidad jurídica para contratar y obligarse en los términos del presente contrato.

II.2 Acepta las condiciones establecidas por la “OSNE” para la impartición del curso, objeto del presente instrumento, en los términos determinados en el mismo.

II.3 Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes, el cual se encuentra bajo el régimen fiscal de Persona Física con Actividad Empresarial y es acorde con la naturaleza de los servicios objeto del presente instrumento.

II.4 Para los efectos legales de este contrato, señala como su domicilio el ubicado en _____________________________.

“LAS PARTES” han decidido sujetarse a las siguientes

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El “INSTRUCTOR” se obliga a prestar a la “OSNE” los siguientes servicios: concertar acciones de capacitación con empresas, coadyuvar al reclutamiento de participantes del curso, elaborar el Programa de Capacitación, asesorar el proceso de capacitación, elaborar reportes e informes del curso de capacitación, complementar con teoría la capacitación práctica, coadyuvar a la colocación de los participantes y todos los que resulten necesarios para la preparación, desarrollo y conclusión del curso de Capacitación en la Práctica Laboral denominado ______________________, conforme a la normatividad aplicable.

SEGUNDA.- VIGENCIA DEL CONTRATO.- “LAS PARTES” aceptan que la vigencia del presente contrato será del ___ de ___ al ___ de ___ del 20____.

TERCERA.- MONTO.- El monto del presente instrumento es por la cantidad total de $ ______________ (PESOS 00/100 M. N.). Dicho pago incluye una compensación por concepto de servicios asociados a la concertación y preparación del curso de capacitación. En caso de rescisión o terminación anticipada del presente instrumento, sólo se cubrirá al “INSTRUCTOR” la parte proporcional a los avances del curso, más los servicios asociados a la concertación y preparación del curso de capacitación, siempre y cuando, éste ya hubiera iniciado.

La cantidad señalada se cubrirá de la siguiente forma: ______________________.

El pago se realizará contra la prestación de los servicios objeto del presente contrato y está condicionado a la presentación previa del comprobante que cumpla con los requisitos fiscales correspondientes.
CUARTA.- OBLIGACIONES DE LA "OSNE".- Son obligaciones de la "OSNE":

- Poner a disposición del "INSTRUCTOR" los formatos necesarios para el desarrollo de sus actividades.
- Dar seguimiento a la capacitación a fin de verificar que los beneficiarios sólo realicen actividades relacionadas al Programa de Capacitación.
- Informar oportunamente al "INSTRUCTOR" las fechas y lugar donde se efectuarán los pagos por concepto de beca para que por su conducto notifique a los beneficiarios.
- Vigilar y supervisar en todo momento el cumplimiento del objeto de este contrato, mediante la solicitud al "INSTRUCTOR" de la información y la documentación necesaria para su revisión.
- Entregar al término de la capacitación una constancia a cada beneficiario que egrese del curso.
- Pagar al "INSTRUCTOR" la cantidad establecida de la Cláusula Tercera del presente instrumento, previa recepción del comprobante que ampare los servicios efectivamente prestados, en los términos y con los requisitos que establezcan las leyes fiscales aplicables.

QUINTA.- OBLIGACIONES DEL "INSTRUCTOR".- Son obligaciones del "INSTRUCTOR":

- Registrar diariamente la asistencia de los beneficiarios al inicio de la sesión de capacitación en el formato generado por el Sistema de Información y reportarla a la "OSNE" de manera semanal, quincenal o mensual, al cierre del periodo correspondiente.
- Permitir que el personal de la "OSNE" y de los diferentes organismos supervisores, debidamente identificados, realicen visitas de verificación.
- Asesorar a los beneficiarios durante el proceso de capacitación.
- Cumplir con el objeto del presente instrumento, de conformidad con la Cláusula Primera del mismo.
- Informar por escrito a la "OSNE", a más tardar el día hábil siguiente, sobre irregularidades que se presenten en el comportamiento, asistencia o desempeño de los participantes.
- Hacer del conocimiento por escrito a la "OSNE" de cualquier hecho o circunstancia que pueda dañar, entorpecer o retrasar la ejecución de los servicios contratados.
BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS INSTRUCTOR CON ACTIVIDAD EMPRESARIAL

- Asistir a las reuniones en el lugar y la hora que le indique la "OSNE", así como rendir los informes que le sean solicitados por ésta en los términos y condiciones que se le requieran.

- Visitar por lo menos dos veces por semana a las empresas participantes para realizar seguimiento a la capacitación conforme a lo establecido en el Formato Actividades del beneficiario.

- Realizar reuniones por seis horas un día a la semana con la totalidad del grupo, con el propósito de fortalecer los aspectos teóricos y proporcionar orientación y resolver dudas sobre el proceso de aprendizaje, según lo requiera el Programa de Capacitación entregado con anterioridad a la "OSNE".

- Motivar a los beneficiarios para que tengan un buen desempeño y actitudes positivas para el trabajo, poniendo en práctica sus habilidades para convencerlos y hacerlos conscientes de la trascendencia de las acciones cotidianas, así como, manejar elementos que desperten su interés por el trabajo.

- Resaltar ante los empresarios los avances de los beneficiarios durante el proceso de capacitación, buscando convencerlos de las ventajas de contratar a los beneficiarios una vez que hayan egresado. En caso de que no fuera posible lo anterior, debe buscar la oportunidad de colocar a los egresados en otras empresas.

- Entregar a la "OSNE" la factura por los servicios efectivamente prestados, la cual deberá apoyarse en los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación y demás normatividad aplicable.

SEXTA.- CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.- El "INSTRUCTOR" no podrá ceder en forma parcial ni total a favor de otra persona, los derechos y obligaciones que se deriven del presente contrato.

SÉPTIMA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR: Ninguna de "LAS PARTES" será responsable de incumplimiento de este contrato que resulte de caso fortuito o fuerza mayor.

OCTAVA.- CAUSAS DE RESCISCION.- Será causa de rescisión del presente instrumento sin responsabilidad para la "OSNE", si el "INSTRUCTOR" incumple con cualquiera de las obligaciones establecidas en el presente instrumento. Adicionalmente si el "INSTRUCTOR", incurre en lo siguiente:

a) Si no reúne los requisitos establecidos para la realización de las actividades encomendadas de manera eficiente para el curso por el cual fue contratado.
b) Incurre, durante el desempeño de las actividades, en actos de deshonestidad u obtención de beneficios adicionales en forma indebida para él o un tercero ajeno a la relación contractual.

c) Infringe las normas morales, éticas y reglamentos aplicables a los servicios, programas, actividades y estrategias que desarrolla la “OSNE”.

NOVENA. - PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN - En caso de que el “INSTRUCTOR” incumpla con cualquiera de las obligaciones stipuladas y/o inherentes a la naturaleza del mismo, la “OSNE” podrá optar por la rescisión del presente contrato, sin necesidad de declaración judicial previa; o bien, exigir su cumplimiento forzoso.

DÉCIMA. - INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO. - “LAS PARTES” convienen que, para el caso de suscitarse alguna controversia sobre la interpretación y cumplimiento del presente instrumento, aceptan sujetarse expresamente a la jurisdicción de los tribunales competentes en la entidad federativa, por lo que renuncian a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de su domicilio presente o futuro.

DECIMA PRIMERA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA. - La “OSNE” tiene el derecho de dar por terminado el presente contrato de manera anticipada y sin responsabilidad alguna a su cargo, bastando para ello la notificación por escrito al “INSTRUCTOR” con quince días naturales de anticipación. Transcurrido dicho lapso, el contrato se considerará terminado de manera anticipada y se procederá a cumplir con las obligaciones que se encuentren pendientes por parte de la “OSNE” o del “INSTRUCTOR”, en su caso.

DECIMA SEGUNDA.- PROPIEDAD INTELECTUAL.- “LAS PARTES” convienen en que el propietario único y exclusivo de todos los derechos de propiedad intelectual que deriven de los servicios proporcionados por el “INSTRUCTOR” en el contexto de este instrumento, será la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, como encargada originaria de los programas, estrategias, servicios y actividades que desarrolla la “OSNE”, por lo que el “INSTRUCTOR” no se reserva derecho alguno sobre la titularidad de los mismos.

DECIMA TERCERA.- SUSPENSIÓN DEL PAGO.- En caso de incumplimiento parcial de los servicios materia del presente contrato, la “OSNE” no realizará el pago, correspondiente a los servicios, hasta que el “INSTRUCTOR” cumpla con los trabajos pendientes en los plazos determinados por la “OSNE”; posteriormente el “INSTRUCTOR” recibirá el pago correspondiente previa entrega del comprobante, que reúna los requisitos fiscales aplicables, sin perjuicio de que la “OSNE” determine rescindir el presente contrato.

DÉCIMA CUARTA.- RELACIÓN CONTRACTUAL.- “LAS PARTES” reconocen que el presente instrumento no constituye una relación personal subordinada a la “OSNE” por lo tanto de ninguna forma crea una relación de trabajo. Este contrato no genera derecho laboral alguno, limitándose exclusivamente a las obligaciones y derechos pactados en las cláusulas de este instrumento y, en ningún caso, podrán considerarse “LAS PARTES” como patrones sustitutos o solidarios.
Manual de Procedimientos
Subprograma Bécate

BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
INSTRUCTOR CON ACTIVIDAD EMPRESARIAL

Leído que fue el presente instrumento por “LAS PARTES” y enteradas de su contenido y alcance legal, lo firman en tres tantos al margen y al calce en todas sus hojas, en la Ciudad de ______________, _______________, el día __ de _____________ de dos mil _____________.

Por la “OSNE”  

__________________________
Nombre y Firma

Por el “INSTRUCTOR”

__________________________
Nombre y Firma
Contrato de prestación de servicios instructor por honorarios

BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS INSTRUCTOR POR HONORARIOS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASOCIADOS A LA MODALIDAD CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL DEL SUBPROGRAMA BÉCATE DEL PROGRAMA DE APOYO AL EMPLEO, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, LA OFICINA DEL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO ____________________________ REPRESENTADA POR EL C. _______________, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE DICHA OFICINA A QUIEN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "OSNE"; Y POR LA OTRA EL C. ____________, QUE EN LO SUCESIVO SERÁ DENOMINADO "INSTRUCTOR", Y EN SU CONJUNTO SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

I. La "OSNE", a través de su representante declara que:

I.1 La Oficina del Servicio Nacional de Empleo ________________ tiene a su cargo en esa entidad federativa, la operación de los programas, servicios y estrategias derivados del Programa de Apoyo al Empleo (en adelante PAE), conforme a lo establecido en el Convenio de Coordinación suscrito entre el Ejecutivo Federal y el respectivo del Estado.

I.2 Cuenta con facultades para suscribir el presente contrato, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula CUARTA inciso O del instrumento de coordinación señalado en el numeral precedente.

I.3 Requiere de los servicios del "INSTRUCTOR" para que se impartan el curso de capacitación denominado ________________ en la modalidad, Capacitación en la Práctica Laboral del subprograma Bécate.

I.4 Cuenta con los recursos presupuestales suficientes para la erogación prevista en el presente instrumento.

I.5 El presente instrumento se celebra en concordancia con las Reglas de Operación del PAE aplicables, en específico las del subprograma Bécate.

I.6 Para los efectos legales de este contrato, señala como su domicilio el ubicado en ____________________________________________.

II. Declara el "INSTRUCTOR" que:

II.1 Tiene capacidad jurídica para contratar y obligarse en los términos del presente contrato.

II.2 Acepta las condiciones establecidas por la "OSNE" para la impartición del curso, objeto del presente instrumento, en los términos determinados en el mismo.
BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
INSTRUCTOR POR HONORARIOS

II.3 Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes, el cual se encuentra bajo el régimen fiscal de Honorarios y es acorde con la naturaleza de los servicios objeto del presente instrumento.

II.4 Para los efectos legales de este contrato, señala como su domicilio el ubicado en

"LAS PARTES" han decidido sujetarse a las siguientes

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El "INSTRUCTOR" se obliga a prestar a la "OSNE" los siguientes servicios: concertar acciones de capacitación con empresas, coadyuvar al reclutamiento de participantes del curso; elaborar el Programa de Capacitación, asesorar el proceso de capacitación, elaborar reportes e informes del curso de capacitación, complementar con teoría la capacitación práctica, coadyuvar a la colocación de los participantes y todos lo que resulten necesarios para la preparación, desarrollo y conclusión del curso de Capacitación en la Práctica Laboral denominado , conforme a la normatividad aplicable.

SEGUNDA.- VIGENCIA DEL CONTRATO.- "LAS PARTES" aceptan que la vigencia del presente contrato será del ___ de _____ al ___ de ______ de 20___

TERCERA.- MONTO.- El monto del presente instrumento es por la cantidad total de $_____ (______ PESOS 00/100 M. N.). Dicho pago incluye una compensación por concepto de servicios asociados a la concertación y preparación del curso de capacitación. En caso de rescisión o terminación anticipada del presente instrumento, sólo se cubrirá al "INSTRUCTOR" la parte proporcional a los avances del curso, más los servicios asociados a la concertación y preparación del curso de capacitación, siempre y cuando, éste ya hubiera iniciado.

La cantidad señalada se cubrirá de la siguiente forma: ________________.

El pago se realizará contra la prestación de los servicios objeto del presente contrato y está condicionado a la presentación previa del comprobante que cumpla con los requisitos fiscales correspondientes.
BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
INSTRUCTOR POR HONORARIOS

CUARTA.- OBLIGACIONES DE LA "OSNE".- Son obligaciones de la "OSNE":

- Poner a disposición del "INSTRUCTOR" los formatos necesarios para el desarrollo de sus actividades.

- Dar seguimiento a la capacitación a fin de verificar que los beneficiarios sólo realicen actividades relacionadas al Programa de Capacitación.

- Informar oportunamente al "INSTRUCTOR" las fechas y lugar donde se efectuarán los pagos por concepto de beca para que por su conducta notifique a los beneficiarios.

- Vigilar y supervisar en todo momento el cumplimiento del objeto de este contrato, mediante la solicitud al "INSTRUCTOR" de la información y la documentación necesaria para su revisión.

- Entregar al término de la capacitación una constancia a cada beneficiario que egrese del curso.

- Pagar al "INSTRUCTOR" la cantidad establecida de la Cláusula Tercera del presente instrumento, previa recepción del comprobante que ampare los servicios efectivamente prestados, en los términos y con los requisitos que establezcan las leyes fiscales aplicables.

- Realizar las retenciones fiscales y entregar el documento que corresponda por el pago efectuado al "INSTRUCTOR" y entaránlas conforme a la legislación y normatividad aplicables.

QUINTA.- OBLIGACIONES DEL "INSTRUCTOR".- Son obligaciones del "INSTRUCTOR":

- Registrar diariamente la asistencia de los beneficiarios al inicio de la sesión de capacitación en el formato generado por el Sistema de Información y reportarla a la "OSNE" de manera semanal, quincenal o mensual, al cierre del periodo correspondiente.

- Permitir que el personal de la "OSNE" y de los diferentes organismos supervisores, debidamente identificados, realicen visitas de verificación.

- Asesorar a los beneficiarios durante el proceso de capacitación.

- Cumplir con el objeto del presente instrumento, de conformidad con la Cláusula Primera del mismo.

- Informar por escrito a la "OSNE", a más tardar el día hábil siguiente, sobre irregularidades que se presenten en el comportamiento, asistencia o desempeño de los participantes.
BÉCATE  
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
INSTRUCTOR POR HONORARIOS

- Hacer del conocimiento por escrito a la "OSNE" de cualquier hecho o circunstancia que pueda dañar, entorpecer o retrasar la ejecución de los servicios contratados.

- Asistir a las reuniones en el lugar y la hora que le indique la "OSNE", así como rendir los informes que le sean solicitados por ésta en los términos y condiciones que se le requieran.

- Visitar por lo menos dos veces por semana a las empresas participantes para realizar seguimiento a la capacitación conforme a lo establecido en el Formato Actividades del beneficiario.

- Realizar reuniones por seis horas un día a la semana con la totalidad del grupo, con el propósito de fortalecer los aspectos teóricos y proporcionar orientación y resolver dudas sobre el proceso de aprendizaje; según lo requiera el Programa de Capacitación entregado con anterioridad a la "OSNE".

- Motivar a los beneficiarios para que tengan un buen desempeño y actitudes positivas para el trabajo, poniendo en práctica sus habilidades para convencerlos y hacerlos conscientes de la trascendencia de las acciones cotidianas; así como, manejar elementos que despierten su interés por el trabajo.

- Resaltar ante los empresarios los avances de los beneficiarios durante el proceso de capacitación, buscando convencerlos de las ventajas de contratar a los beneficiarios una vez que hayan egresado. En caso de que no fuera posible lo anterior, debe buscar la oportunidad de colocar a los egresados en otras empresas.

- Entregar a la "OSNE" el recibo de honorarios por los servicios efectivamente prestados, el cual deberá apoyarse a lo señalado en los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación y demás normatividad aplicable.

SEXTA.- CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.- El "INSTRUCTOR" no podrá ceder en forma parcial ni total a favor de otra persona, los derechos y obligaciones que se deriven del presente contrato.

SÉPTIMA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR: Ninguna de "LAS PARTES" será responsable de incumplimiento de este contrato que resulte de caso fortuito o fuerza mayor.
BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
INSTRUCTOR POR HONORARIOS

OCTAVA.- CAUSAS DE RESCISIÓN. - Será causa de rescisión del presente instrumento sin responsabilidad para la “OSNE”, si el “INSTRUCTOR” incumple con cualquiera de las obligaciones establecidas en el presente instrumento. Adicionalmente si el “INSTRUCTOR”, incurre en lo siguiente:

a) Si no reúne los requisitos establecidos para la realización de las actividades encomendadas de manera eficiente para el curso por el cual fue contratado.

b) Incurre, durante el desempeño de las actividades, en actos de deshonestidad u obtención de beneficios adicionales en forma indebida para él o un tercero ajeno a la relación contractual, que atenten contra la calidad en el servicio y prestigio de la “OSNE”.

c) Infringir las normas morales, éticas y reglamentos aplicables a los servicios, programas, actividades y estrategias que desarrolla la “OSNE”.

NOVENA. - PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN. - En caso de que el “INSTRUCTOR” incumpla con cualquiera de las obligaciones estipuladas y/o inherentes a la naturaleza del mismo, la “OSNE” podrá optar por la rescisión del presente contrato, sin necesidad de declaración judicial previa; o bien, exigir su cumplimiento forzoso.

DÉCIMA. - INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO. - “LAS PARTES” convienen que, para el caso de suscitarse alguna controversia sobre la interpretación y cumplimiento del presente instrumento, aceptan sujetarse expresamente a la jurisdicción de los tribunales competentes en la entidad federativa, por lo que renuncian a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de su domicilio presente o futuro.

DÉCIMA PRIMERA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.- La “OSNE” tiene el derecho de dar por terminado el presente contrato de manera anticipada y sin responsabilidad alguna a su cargo, bastando para ello la notificación por escrito al “INSTRUCTOR” con quince días naturales de anticipación. Transcurrido dicho lapso, el contrato se considerará terminado de manera anticipada y se procederá a cumplir con las obligaciones que se encuentren pendientes por parte de la “OSNE” o del “INSTRUCTOR”, en su caso.

DÉCIMA SEGUNDA.- PROPIEDAD INTELECTUAL.- “LAS PARTES” convienen en que el propietario único y exclusivo de todos los derechos de propiedad intelectual que deriven de los servicios proporcionados por el “INSTRUCTOR” en el contexto de este instrumento, será la Secretaría del
BÉCATE
CAPACITACIÓN EN LA PRÁCTICA LABORAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
INSTRUCTOR POR HONORARIOS

Trabajo y Previsión Social, como encargada originaría de los programas, estrategias, servicios y actividades que desarrolla la "OSNE", por lo que el "INSTRUCTOR" no se reserva derecho alguno sobre la titularidad de los mismos.

DECIMA TERCERA.- SUSPENSIÓN DEL PAGO.- En caso de incumplimiento parcial de los servicios materia del presente contrato, la "OSNE" no realizará el pago, correspondiente a los servicios, hasta que el "INSTRUCTOR" cumpla con los trabajos pendientes en los plazos determinados por la "OSNE"; posteriormente el "INSTRUCTOR" recibirá el pago correspondiente previa entrega del comprobante, que reúna los requisitos fiscales aplicables, sin perjuicio de que la "OSNE" determine rescindir el presente contrato.

DÉCIMA CUARTA.- RELACIÓN CONTRACTUAL.- "LAS PARTES" reconocen que el presente instrumento no constituye una relación personal subordinada a la "OSNE" por lo tanto de ninguna forma crea una relación de trabajo. Este contrato no genera derecho laboral alguno, limitándose exclusivamente a las obligaciones y derechos pactados en las cláusulas de este instrumento y, en ningún caso, podrán considerarse "LAS PARTES" como patronos sustitutos o solidarios.

Leído que fue el presente instrumento por "LAS PARTES" y enteradas de su contenido y alcance legal, lo firman en tres tantos al margen y al calce en todas sus hojas, en la Ciudad de ________________________, de los ____ de ____________ de los mil ________________.

Por la "OSNE"  
Por el "INSTRUCTOR"

________________________   ____________________  __________________________
Nombre y firma   Nombre y Firma