



SECRETARÍA DEL TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL

LA SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

STPS
SECRETARÍA DEL TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL



Autorización de Agentes Capacitadores Externos

SUBDIRECCIÓN DE ARTICULACIÓN DE PROGRAMAS
DELEGACIÓN FEDERAL DEL TRABAJO EN EL DISTRITO FEDERAL

Otorga la presente

CONSTANCIA

a:

FRATERNIDAD MIGRATORIA, A.C.

Como agente capacitador externo, con el número de registro:

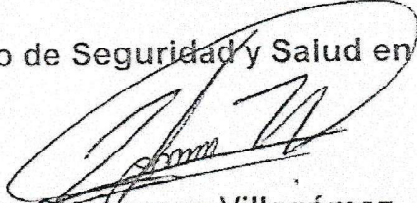
FMI-111006-4Q2-0013

Para impartir los cursos de capacitación y adiestramiento señalados en su solicitud de fecha 25 de Agosto de 2016, mismo que pueden consultarse en www.stps.gob.mx.

Lo anterior, en virtud de haber cubierto los requisitos establecidos en los artículos 153-A, tercer párrafo y 153-G de la Ley Federal del Trabajo, Artículos 15, 16, 17, 20, 22 y 23 del Acuerdo por el que se dan a conocer los criterios administrativos, requisitos y formatos para realizar los trámites y solicitar los servicios en materia de capacitación, adiestramiento y productividad de los trabajadores, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de junio de 2013.

México, D.F. 26 de Agosto de 2016.

Jefe de Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo


Ing. Arturo Choperena Villagómez

El registro asignado a través de esta constancia no otorga valor curricular o académico a los programas y/o cursos autorizados y su calidad depende exclusivamente del agente capacitador externo.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Formato DC- 5
Solicitud de registro de agente capacitador externo

Homoclave del formato: DC-5 Fecha de publicación del formato en el DOF: 28 12 2015 Número de Autorización y/o Registro: FM111006-4Q2-0013

Datos del solicitante

Denominación o Razón Social: **Fraternidad Migratoria A.C.** Registro federal de contribuyentes con homoclave (SHCP): **FM1110064Q2**
 Registro Patronal del IMSS: Clave Única de Registro de Población C.U.R.P. (Encasos de persona física): *

Código postal: **11490** Calle: **Lago Wenner** Número exterior: **58 Edificio A** Número interior: **605**
 Colonia: **Cuauhtemoc Pensil** Municipio o delegación: **Miguel Hidalgo** Estado o Distrito Federal: **Ciudad de Mexico**
 Teléfono(s): **Cel. 04455-42-66-39-53 Cel. 04455-46-61-42-91** Correo electrónico(s)*: **fraternidadmigratoria@hotmail.com** Fax*

Tipos de solicitud que presenta (marcar con un x):

- Registro inicial
- Modificación de plantilla de instrucciones
- Modificación de programas o cursos
- Registro de nuevos programas o cursos

Hoja 1 de 13

Encasos de tratarse de persona física, ¿Está de acuerdo en que se publiquen sus datos proporcionados en el Directorio de Agentes Capacitadores externos? Sí No



Programas o cursos que registra

Tipos de movimiento	Nombre del programa o curso (En caso de modificación favor de señalar el registro, modificación y/o modificación)	Temas principales del programa o curso (Anotar la denominación completa de los temas)	Duración del curso en horas
A	NOM-033-SIPS-2014. Condiciones de seguridad para realizar trabajos en espacios confinados.	1. Objetivo 2. Campo de aplicación 3. Referencias 4. Definiciones 5. Obligaciones del patrón 6. Obligaciones de los trabajadores 7. Clasificación del espacio confinado y análisis de riesgos	5

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

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Notaseinstrucciones

- Llenar amáquinaoconletrademolde.
- Escribirconletrademolde, arribadelahomoclavedel RegistroFederaldeContribuyentes.lapalabranúmero. Ejemplos:número, número1, número2,etc.
- Anexar elnúmerodehojas queseanecesario. Solamentedeberáasentarselafirmaelaúltimahojaque sepresente.
- Sielapartadodeprogramasocursoses insuficiente, podráreproducirlo las veces queseanecesario, indicadoelnúmerodehojay manteniendolaestructuracorrespondiente. Para finalizar sedebe presentar el DC-5reverso
- Entregar elformato alaautoridadlaboral solamenteenoriginal. En sucaso, puede presentar unacopia si requierequeseleacusederecibo.
- La falta deinformaciónen los datosopcionales, noserámotivoparanegar lapresentaciónrespectiva.

*Datosnoobligatorios

†Sólosujetosobligados

‡Entipodemovimientoanotarsegún corresponda:A=alta, B=bajay M=modificación

PlantilladeinstructoresLlenarsolamenteen casodeinstitucióncapacitadora

Tipodemovimiento†	Nombre del instructor (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)) (En caso de modificación y bajay, indicar el cargo)	Registro federal de contribuyentes con homoclave (SHCP)	Especialidad del instructor Área principal
A	Silva Alarcon Sergio	SIA5710409785	BACHILLERATO

Los datos y anexos se proporcionan bajo protesta de decir verdad. Apercibidos de la responsabilidad que incurra todo aquel que no se conduce con verdad.

Eduardo Mendieta Zúñiga

Nombre y firma del solicitante o representante legal

Ciudad de México (DF) 4-11-2016
Lugar y fecha de elaboración de esta solicitud

Notaseinstrucciones

- Consultar sobre el trámite llámara la Dirección General de Capacitación, Adiestramiento y Productividad Laboral al teléfono 2000 5200 ext 632656 o realízala consulta al correo electrónico registro@stps.gob.mx