





EMPLEO
COORDINACIÓN DEL SERVICIO
NACIONAL DE EMPLEO
OAXACA

ANEXO 01

Convocatoria 2023

La Secretaría de Desarrollo Económico y el Gobierno del Estado de Oaxaca, convocan a la población que se encuentre en búsqueda de empleo y tenga interés en vincularse a un puesto de trabajo, así como a los empleadores que requieran cubrir sus necesidades de personal, a participar en el Programa de Apoyo al Empleo.

Beneficios que otorgaA

LA POBLACIÓN:

Servicio gratuito, accesible, eficiente y ágil de:

- Atención personalizada por parte del personal de la CSNEO para brindar orientación y asesoría en la búsqueda de lamejor opción de empleo disponible.
- Información y vinculación con las oportunidades de empleo que ofertan las empresas.
- Vinculados con oportunidades de empleo en lugares distintos a los de su residencia.

A LOS EMPLEADORES

Servicio gratuito, accesible, eficiente y ágil de:

- Identificación de necesidades de recursos humanos.
- Perfilamiento de vacantes.
- Apoyo en el reclutamiento de personal.
- Promoción de sus vacantes entre los buscadores de trabajo.
- Reducción de costos de contratación de personal.

REQUISITOS PARA LA POBLACIÓN

- Ser buscador de trabajo.
- Tener 18 años o más.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

Requisitos para los buscadores de trabajo:

- Presentar copia de su Clave Única de Registro de Población (CURP).
- Registrarse en el Servicio Nacional de Empleo.

Requisitos para los empleadores:

- Requerir personal para cubrir plazas vacantes.
- Registrarse en el Servicio Nacional de Empleo.
- Contar con su Registro Federal de Contribuyentes.

INFORMACIÓN ADICIONAL

La presente convocatoria estará vigente durante todo el año. Los beneficios, requisitos y documentación específicos para acceder al Programa se pueden consultar en las Reglas de Operación del Programa de Apoyo al Empleo, publicadas en el Diario Oficial de la Federación y en la dirección electrónica: https://www.gob.mx/stps/es/documentos/programa-de-apoyo-al-empleo

Los interesados deberán presentarse en las Oficinas del Servicio Nacional de Empleo Oaxaca. Para obtener información sobre la ubicación que másle convenga, llame sin costo desde cualquier lugar del país al teléfono: 800 841 2020 o bien consulte en la dirección electrónica: https://www.empleo.gob.mx/sne/directorio-de-oficinas-sne

VALLES CENTRALES

Ciudad Administrativa "Benemérito de las Américas" Edificio 6, "Macedonio Alcalá" nivel 3, Carretera Internacional Oaxaca-Istmo Km.11.5, Tlalixtac de Cabrera, Oaxaca, C.P. 68270. TEL. (951) 501 50 00 Ext. 12630

COSTA

Av. Oaxaca no. 103, Col. Centro, Puerto Escondido, San Pedro Mixtepec Dto. 22, Oaxaca, C.P.71980. TEL. (954) 688 06 15

ISTMO

Av. Ferrocarril No. 204, Col. Cuauhtémoc, Salina Cruz, Oaxaca. C.P. 70660. Tel. (971) 720 26 04

PAPALOAPAN

Vicente Guerrero No. 346, Col. Centro, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, C.P. 68300. Tel. (287) 106 34

MIXTECA

Centro Regional de Servicios Administrativos, Libramiento Norte s/n, Agencia Agua Dulce, Heroica Ciudad de Huajuapan de León, Oaxaca, C.P. 69005. Tel. (953) 688-32-60 Ext. 1101

UNIDAD CENTRAL

Ciudad Administrativa "Benemérito de las Américas" Edificio 6, "Macedonio Alcalá" nivel 3, Carretera Internacional Oaxaca-Istmo Km.11.5, Tlalixtac de Cabrera, Oaxaca, C.P. 68270. Tel. (951) 501 50 00 Ext. 12645



¿Entre qué calles?







REGISTRO DEL SOLICITANTE

SNE-01

Entidad federativa____

Para brinda de decir ve Este forma seguimient a la Inform	erdad. ato deb to en el	erá siste	ser lle ema. D	nado e igu	con al ma	letra nera,	de mo	olde prot	legi tegid	ble	y lo	s da	tos se	rán i	nco	rpor	ados la Le	syt	rata dera	dos d I de T	con fi	ines (de	control y
Datos p	oers	ona	ales	1																				
Datos de la	Clave	e Ún	ica de	Reg	gistro	de	Pobla	ció	n (C	UR	P)													
La CURP le s	ervirá (identii	Fe			registro cimient		el S Sex H	(0			nal de nacir	-		SNE)							
CURP																			Eda	ad:				
			Nomb	re (s	5)		<u>I</u>	-				P	rimer	apel	llido)				Seg	gund	о ар	elli	do
En su caso, n	mencio	ne el	númei	ro de	Hijos																			
¿Tiene alguna	a discap	acida	ad? Nir	ngun	a ()	Motr	iz ()	Visu	ıal ()	Audit	iva () In	telect	ual	y/o N	Ment	:al () C	Comur	nicaci	ón (H	abl	a)()
Datos de c			Corr	reo E	lectró	nico (,			éfor	no ()		Dis	poni	ibilic	lad o	de Ti	emp	o:				
Teléfono: de	ebe anot	ar un	total de	10 d	ígitos (Clave	LADA +	telé																
									P a í s		LA	DA						Teléfo	ono					no tengo
Teléfon	ıo fijo	Pe	ersonal () Ref	ferencia	()																		
		Pe	ersonal () Ref	ferencia	()					Clave							Teléfo	nno.					no tengo
		Pe	ersonal () Ref	erencia	()					Jave							TCICIC	7110					no tengo
Teléfond	o móvil	Pe	ersonal () Ref	ferencia	()																		
Correo ele	ectrónico	Pe	ersonal () Ref	ferencia	()				Us	suario		@					Domi	nio					no tengo
*Nota: al meno ser confirmado																								aje para
Domicilio a	actual																							
Calle														Nún	ner	Ext	teric	or		Núm	nero I	Interi	or	
Colonia				Mu	nicipio	o o Al	caldía		Loca	alid	lad			Enti	idad	Fed	dera	tiva		Códi	igo P	ostal		











REGISTRO DEL SOLICITANTE

Escolaridad y	otros conocimientos									
¿Sabe leer y escribir?	Sí()No()									
Estudios										
Último grado de estudios	Carrera o especialidad	Año de término de estudios:								
Situación académica: Ninguno () Trunca () Estudiante () Pasante () Diploma o certificado () Titulado ()										
¿Estudia actualmente Sí () No ()	? Especifique:	Institución donde cursa sus estudios actualmente:								
Otros estudios										
		¿Cuenta con documento probatorio? () Sí () No								
Descripción										
Nombre del estudio Descripción		¿Cuenta con documento probatorio? () Sí () No								
Nombre del estudio		¿Cuenta con documento probatorio? () Sí () No								
Descripción										
Idiomas adicionales										
Idioma adicional	Dominio del idioma	Certificación								
		En el caso particular de inglés con certificación, indicar: Puntos obtenidos Fecha de expedición del certificado								









REGISTRO DEL SOLICITANTE

Conocimientos con que cuenta	
Nombre del conocimiento / herramienta / o maquinaria	Experiencia (años)
Descripción del conocimiento, herramienta o maquinaria	
Nombre del conocimiento / herramienta / o maquinaria	Experiencia (años)
Descripción del conocimiento, herramienta o maquinaria	
Nombre del conocimiento / herramienta / o maquinaria	Experiencia (años)
Des <u>cripción del conocimiento, herramienta o maquinaria</u>	
Experiencia y expectativa laboral	
Experiencia / trabajo actual o último	
 () Hace menos de 2 meses me encontraba trabajando () Sería mi primer empleo () Me encuentro trabajando, más de 35 horas a la semana () Me encuentro trabajando, más de 35 horas a la semana 	
Área de negocio en la que trabaja o trabajó:	
 () Administración () Apoyo de oficina () Manufactura y producción () Call center y servicio al cliente () Medios de comunicación y publicidad () CEO y dirección general () Mercadotecnia y comercialización () Ciencias y tecnología () Minería y energía () Conservación agrícola y animales () Oficios y servicios () Construcción () Propiedades y bienes raíces () Consultoría y estrategia () Recursos humanos y reclutamiento () Contabilidad () Sector salud / medicina () Deportes y recreación () Seguros, fianzas y pensiones () Diseño y arquitectura () Servicios a la comunidad () Educación y capacitación () Servicios bancarios y financieros () Industrias y actividades creativas () Ingeniería (excepto Tecnologías de la Información) () Instalación, mantenimiento, y reparación 	(TIC)







EMPLEO
COORDINACIÓN DEL SERVICIO
NACIONAL DE EMPLEO
OAXACA

REGISTRO DEL SOLICITANTE

Subárea de negocio	
Funciones (Describa las actividades que hace o hizo relacionadas a su án modificaciones en el Seguro Social; Infonavit, pago de nómina, etc	rea de negocio; ejemplo, apoyo de oficina: elaboraciones de nómina, altas, bajas y cétera).
Nivel del puesto Dirección () Mandos () Empleado () Técnico () Operativo () Profesionista (Fecha de ingreso (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 () 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: Funciones que pretende realizar:	 () Legal () Manufactura y producción () Medios de comunicación y publicidad () Mercadotecnia y comercialización () Minería y energía () Oficios 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, hospedaje y restaurantes () Ventas
Nivel del puesto que le interesa Dirección () Mandos () Empleado () Técnico () Operativo () Profesionista (Años de experiencia en el área de negocio en la que pretende trabajar:
¿Qué salario MENSUAL neto pretende (no incletcétera)? \$	luya centavos) (Después de retenciones-impuestos, aportaciones,
¿Está interesado en obtener información de oferta: domicilio?	s de empleo provenientes de una entidad/país diferente a las de su
() Sí, sólo de otro país () Sí, sólo de otra federativa de mi domicilio	entidad federativa () Sí, de cualquier lugar fuera de la entidad
() No	









EMPLEO
COORDINACIÓN DEL SERVICIO
NACIONAL DE EMPLEO
OAXACA

REGISTRO DEL SOLICITANTE

SNE-01

Información cor	nplementaria
¿Pertenece a alguna Etnia?¿Cuál?	
¿Habla alguna lengua indígena? No () Sí () espec	cifique:
Declaro bajo protesta de decir verdad que los dato	s contenidos en esta solicitud son verdaderos.
Atendiendo al principio de "consentimiento" consagrado en el artículo 16 y de consentimiento de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (LGPDPPS) tratamiento de mis datos personales por la OSNE para los fines consistentes productiva; asimismo autorizo a la OSNE para que realice la transferencia de na través de la Unidad del Servicio Nacional de Empleo (USNE), con el objetivo solicitud de dichos datos personales. Asimismo, la OSNE como Sujeto Obliga protección de los datos bajo su resguardo, así como de aquellos mecanismos que He sido informado que podré ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Car OSNE.	O)", expreso mi voluntad, específica e informada, para que se efectúe el sen la vinculación laboral, hasta la posible colocación en una actividad nis datos personales a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) a de llevar a cabo actividades relacionadas con aquellas que originaron la ado será la encargada de establecer los mecanismos necesarios para la e aseguren la correcta transferencia de éstos a otra entidad.
Nombre:	Firma:

"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, favor de llamar a los teléfonos 800 841-20-20, 3000 4100 ext. 34172 y 55 3000 4100 ext. 34157 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)".

Este formato podrá reproducirse libremente, siempre y cuando no se altere su conténido y la impresión de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta.







EMPLEO
COORDINACIÓN DEL SERVICIO
NACIONAL DE EMPLEO

REGISTRO DE VACANTES DE EMPLEO

ANEXO A DEL SNE-02

Entidad Federativa	
Folio	
Para brindarle un mejor servicio, favor de proporcionar todos los datos o ormato deberá ser llenado con letra de molde legible y los datos serán manera, serán protegidos conforme a lo establecido en la Ley General do	que se le solicitan, los cuales son obligatorios y bajo protesta de decir verdad. Est incorporados y tratados con fines de control y seguimiento en el sistema. De igua e Transparencia y Acceso a la Información Pública.
RFC: URP: (sólo para personas físicas)	Fecha: D D M M A A A A
Nombre comercial del empleador (registrado en el SNE 02)	<u> </u>
	DE LA OFERTA DE EMPLEO
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 () Constloría y estrategia() 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 	() Legal () Manufactura y producción () Medios de comunicación y publicidad () Mercadotecnia y comercialización () Minería y energía () Oficios 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, hospedaje y restaurantes () Ventas
Subárea de negocio:	
Nivel del puesto: Dirección () Mandos () Empleado (Objetivos del puesto: (describa los objetivos que el trabajador, una) Técnico () Operativo () Profesionista () a vez contratado, deberá cumplir a fin de impactar positivamente a la empresa)
Funciones: (describa lo que el trabajador realizará una vez contratado elaboraciones de nómina, altas, bajas y modificaciones en el Seguro Soc 	, relacionado con el área de negocio en la que trabajará; ejemplo, apoyo de oficina: cial; INFONAVIT, pago de nómina, etcétera)
Competencias transversales: (seleccione las principales necesaria	as para el puesto)
() Comunicación () Trabajo en equipo () Plano () Orientación al cliente ₍) Compromiso con el aprendizaje pe	
	ón del rendimiento () Construir la () Toma de Página 1 de objetivos) confianza decisiones/valoraciones

II. EL E	MPLEADOR OFRECE					
Tipo de contrato: Por tiempo indeter	minado () Por tiemp	o determinado () Por ob	ra determinada	a() A prueba	()	Capacitación Inicial ()
Salario mensual no \$	eto ofrecido (no incluya —	a centavos) después de reter	nciones (impue	estos, aportacio	nes, et	cétera.)
Bono por productivida Otras (nd () Fondo de ahorro) especifique	ad () Seguro de gastos méd () Servicio de comedor	· ()		() a()	
El empleador ofre	ce: (adicional, si lo hubie	se)				
		Horario de tra	abajo	Dalau		
Entrada :	_horas. Salida	:horas.		Rolar (Sí ())
	arcar todos los días que se la s () Miércoles ()	boran) Jueves () Viernes ()	Sábado ()	Domingo ()		
		deberá cubrir el trabajador				
Entrada :	_horas. Salida	:horas.				
•		(marcar todos los días que se lab Jueves () Viernes ()	,	Domingo ()		
	CACIÓN DE LA OFER	TA DE EMPLEO nicilio donde se encuentra la va	acanto soa difo	rente al señalado	an al E	iormato SNE-02)
	Entidad federativa:	Municipio o delegación:		onia:	en er r	Localidad:
_						
Calle:	'		1	Número exte	rior:	Número interior:
¿Entre qué calles?	<u> </u>	у				
IV. REQ		CANDIDATOS A OCUPAR		DE EMPLEO		
		Escolarid	ad			
Escolaridad mínim	a requerida:					
Sin instrucción	()	Carrera comercial	()			universitario ()
Leer y escribir	()	Carrera técnica	()	Licenciati	ıra	()
Primaria	cnica ()	Profesional técnico Preparatoria o CECyT	()	Maestría Doctorad		()
Secundaria/sec. téc Carreras o especi	1	de una carrera y al menos una en	caso de que el ni			ea mayor a secundaria)
	()	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			,
Situación académi Ningun		Estudiante () Pasante () Diplom	a o certificado ()	Titulado ()
3,		Conocimier	· ' '			,
Nombre del conoci de competencia:	imiento, herramienta o	manejo de máquina, necesa	ria para el pu	esto y/o estánd	ar Año	s de experiencia:
Describa el conoci	miento / uso de herran	nientas / uso de maquinaria	o equipo:			

ombre de otro conocimiento, herramienta stándar de competencia:	o manejo de máquina, necesaria para e	el puesto y/o	Años de experiencia:
escriba el otro conocimiento / uso de her	ramientas / uso de maquinaria o equipo:	:	
	Idioma		
Idioma adicional	Dominio del idioma		Certificación
Taloma adicional	Básico () Intermedio () Avanzado (·)	Certificación
	Básico () Intermedio () Avanzado (
	Disponibilidad de movilidad	1	
s necesario que el candidato cuente con disponil) No ()	temporalmente en otra ciu Sí () No ()		con disponibilidad para radic e la ubicación de la oferta?
	GESTIÓN DE RECLUTAMIENTO		
imero de plazas:			
oservaciones:			
VI. INFORMACIÓN ADICIONAL	. (para fines estadísticos contestar	las siguientes p	reguntas)
usas que originan la vacante:	Auditiva () Intelectual y/o Mental () Contains the contains of the contains		
VII. DATOS DEL CONTACTO DI (anotar sólo en caso de que el c	E LA OFERTA DE EMPLEO contacto para la vacante sea diferente al seí	ñalado en el Forma	to SNE-02)
ombre (s), primer apellido y segundo ap	-	Cargo:	
Teléfono fijo Lada	Extensión Teléfono celular		
orreo electrónico del contacto de la ofer	ta de empleo:		
or qué medio desea ser contactado por el Busca	dor de Empleo? Teléfono () C	Correo electrónico ()
or que medio desea ser contactado por el basea)
Nota: al menos un dato de contacto es obligatori	o; en el caso del teléfono será verificado por el SN lo a través de ninguno de estos medios de conta		

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 Empleador expreso mi voluntad, específica e informada, para que se efectúe el tratamiento de mis datos personales por la OSNE para los fines consistentes en la vinculación laboral, promoción de mis vacantes, de la USNE, 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.

Personales en Posesión de Sujetos Obligados, ante los Responsables de la posesión de dichos datos, entendiéndose 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 para cubrir las vacantes que oferté, que dichos datos únicamente los utilizaré para los fines para los que me fueron transferidos, y que estaré sujeto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

Nombre y firma del empleador o su representante

Este formato podrá reproducirse libremente, siempre y cuando no se altere su contenido y la impresión de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta.

[&]quot;Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".

[&]quot;Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, favor de llamar a los teléfonos 800 841-20-20, 3000 4100 ext. 34172 y 55 3000 4100 ext. 34157 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)".





REGISTRO DE EMPLEADORES

Entidad Federativa													
Folio													
Para brindarle un mejor servicio, favor de p formato deberá ser llenado con letra de mo manera, serán protegidos conforme a lo est	lde legible y los datos serán	incorporados y tratados con fines	de control y seguimiento										
RFC:			Fecha:										
RFC.			D D	M M A A A A									
CURP: (sólo para personas físicas)													
DATOS GENERALES DEL EMPLEADOR (marque con una "X" en el paréntesis 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 moral: S.A, S.A de C.V, etcétera).													
Nombre comercial del empleador	o nombre de la organi	ización:											
DOMICILIO FISCAL DEL EMPLEAD Calle:	OR		Número exterior:	Número interior:									
Colonia:	Municipio o Alcaldía	Localidad:	Entidad federativa:	Código Postal:									
¿Entre qué calles?:	·			_									
·		у											
CLASIFICACIÓN													
Número de empleados:Mujeres yHombres	Rama de actividad:												
DESCRIPCIÓN Y RECLUTAMIENTO													
Descripción de la empresa:													
Correo electrónico de información (por ejemplo; info@empresa.com / contacto	_	a											





EMPLEO
COORDINACIÓN DEL SERVICIO
NACIONAL DE EMPLEO
OAXACA

Página web de	la empresa:			č	Cómo s	e enteró del Serv	vicio Nacional de Empleo (SNE)?
CONTACTO							
		,				. , ,	en el caso del correo se enviará un e contacto proporcionados, no se podrá
Nombre (s), pr	imer apellido y	segundo ape	ellido del d	contacto:		Cargo del conta	cto:
Teléfono Fijo	Lada			Extens	sión	Teléfono celular	
Correo electrón	ico de contact	o:			·	Registrar en el P	Portal del Empleo () Sí () No

Declaro bajo protesta de decir 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 Empleador expreso mi voluntad, específica e informada, para que se efectúe el tratamiento de mis datos personales por la OSNE para los fines consistentes en la vinculación laboral, promoción de mis vacantes, de la CGSNE, 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, entendiéndose 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 para cubrir las vacantes que oferté, que dichos datos únicamente los utilizaré para los fines para los que me fueron transferidos, y que estaré sujeto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

Empleador o su representante

Nombre y firma

Este formato podrá reproducirse libremente, siempre y cuando no se altere su contenido y la impresión de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta.

[&]quot;Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa".

[&]quot;Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, favor de llamar a los teléfonos 01-800 841-20-20, 3000 4100 ext. 34172 y 3000 4100 ext. 34157 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)".









Programa de Capacitación

Departamento Regio	onal:			Fecha:	d d	m m	a	а	а	а		
Razón Social:												
Nombre del curso:												
		Perfil c	del participa	nte:								
Edad:			Conoc	cimientos:								
Sexo:			Exper	Experiencia laboral:								
Estado Civil:			Habili	dades y/o des	strezas labor	ales:				\neg		
Escolaridad: ¿el escolaridad?	participante requiere al	gún nivel de	Otras:	(especifique)						\neg		
Sí (Mínima:) Máxima:											
		Dura	ación del curso									
	Horario:					d d		m	a	a		
de:	а: у	de:	a:		Fecha de inicio: Fecha de término:							
Número de horas do teoría:	Porcentaje:	Número de horas práctica:	de Po	Porcentaje: Total de horas: Porcen				ntaje:				
Objetivo general:												
Objetivos específicos:												









Programa de Capacitación

Tema/subtema	Actividades de enseñanza- aprendizaje	Recursos que se utilizarán en el curso de capacitación (material didáctico, equipo, herramienta, etc.)	Duración en horas por tema/subtema	Acumulado en horas por tema/subtema
Instructor del curso		Consejero de Cap	acitación para la En	npleabilidad
Nombre, firma y actividad			lombre y firma	









ACUERDO DE CAPACITACIÓN

2023,	RDO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LA EMPLEABILIDAD JÓVENES POR LA TRANSFORMACIÓN PARA LA CAPACITACIÓN EN EMPRESAS, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE "LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO NAL DE EMPLEO OAXACA" QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "LA CSNEO" REPRESENTADA POR EL C.
	RO ESAÚ HERNANDEZ JIMÉNEZ, EN SU CARÁCTER DE COORDINADOR DEL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO OAXACA Y LA OTRA, EL EMPLEADOR REPRESENTADO POR
DENO	, EN SU CARÁCTER DE PROPIETARIO (A) QUE EN LO SUCESIVO SE LE MINARÁ COMO "EL EMPLEADOR", DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:
	DECLARACIONES
I DE '	'LA CSNEO"
A)	Que "LA CSNEO" es la responsable de operar y dar seguimiento al Programa de Capacitación para la Empleabilidad Jóvenes por la Transformación 2023 en la entidad federativa.
B)	Que, en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Económico, como dependencia estatal normativa, lleva a cabo la instrumentación del Programa de Capacitación para la Empleabilidad Jóvenes por la Transformación 2023, que tiene como propósito promover entre otras, las actividades productivas que propicien la generación de empleos.
II DE	"EL EMPLEADOR"
A)	Ser un empleador registrado bajo el Régimen de que está constituida conforme a los lineamientos legales vigentes.
B)	Que su representante es el (la) C en su carácter de propietario/a, quien se identifica con expedida por con número de folio
C)	Que su domicilio fiscal es
Por lo	anteriormente expuesto, las partes se comprometen al tenor de las siguientes:
	CLÁUSULAS
PRIME	RA "LA CSNEO", se obliga durante la vigencia del presente Acuerdo a:
A)	Entregar el apoyo económico de capacitación a los BTSC durante el tiempo de duración del curso de capacitación.
В)	Seleccionar de entre los Buscadores de trabajo canalizados (BTC) aquellos que no han logrado insertarse en un trabajo y que se ajusten a los Lineamientos del Programa de Capacitación para la Empleabilidad Jóvenes por la Transformación 2023 y los requisitos establecidos por "EL EMPLEADOR" en el <i>Anexo 03 (Anexo A del SNE-02), Registro de Vacante de Empleo.</i>

- 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 *Acuerdo*, desde la concertación de las acciones de capacitación hasta la inserción.
- E) "LA CSNEO" 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.

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

A) Determinar, juntamente con "LA CSNEO", el perfil requerido a los aspirantes para participar en el (los) curso(s) de capacitación.

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



Q)

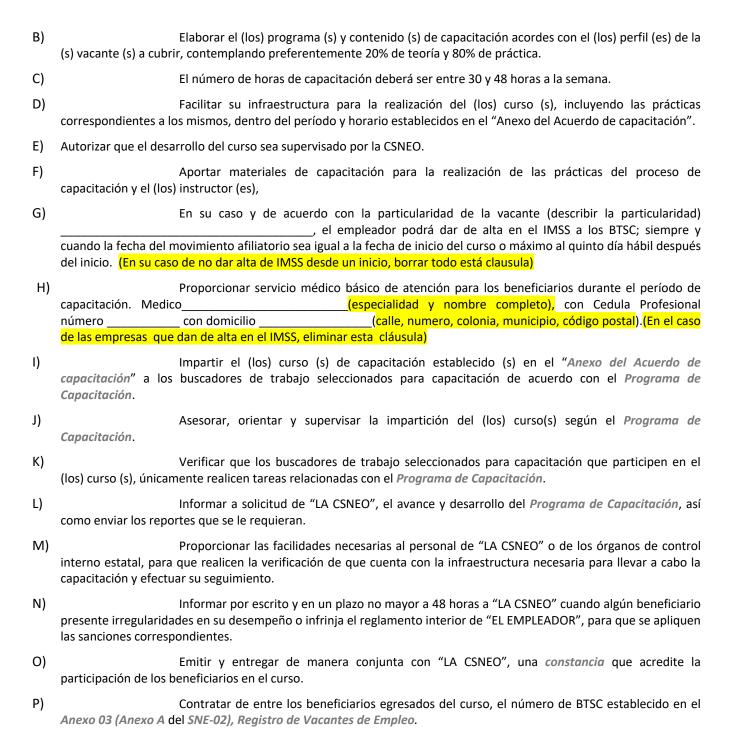






ANEXO 06

ACUERDO DE CAPACITACIÓN



beneficiarios que concluyeron su capacitación. Para el caso de los que fueron contratados, el nombre del puesto que ocupan, tipo de contratación y el monto del salario mensual con el que fueron contratados (señalado en el *Anexo A* del Formato *SNE-02*) conforme a lo establecido en la cláusula anterior, así como entregar copia del contrato laboral o

Informar mediante el formato Reporte de Inserción a "LA CSNEO", el nombre de los









ACUERDO DE CAPACITACIÓN

copia de la constancia de movimientos afiliatorios del IMSS, en un plazo no mayor de cinco días hábiles, posterior a la conclusión del curso de capacitación.

R) Atendiendo al principio de "consentimiento" consagrado en el artículo 14 y de conformidad con lo señalado en el artículo 18, ambos de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca, expreso mi voluntad específica e informada, para que se efectúe el tratamiento de mis datos personales por la CSNEO para los fines consistentes en la inserción laboral, promoción de mis vacantes con el objetivo de llevar a cabo actividades relacionadas con aquellas que originaron la solicitud de dichos datos personales.

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, entendiéndose que, para el caso, será la CSNEO el Sujeto obligado.

Asimismo, me comprometo a garantizar la confidencialidad y protección de los datos personales que me sean proporcionados respecto a candidatos para cubrir las vacantes que oferté, que dichos datos únicamente los utilizaré para los fines para los que me fueron transferidos y que estaré sujeto a la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca

TERCERA. - Sanciones. En caso de que "EL EMPLEADOR" incumpla lo estipulado en los Lineamientos para la Operación del Programa de Capacitación para la Empleabilidad Jóvenes por la Transformación 2023 y/o en el presente acuerdo 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 Programa de Capacitación para la Empleabilidad Jóvenes por la Transformación 2023.

CUARTA. - Terminación. El presente *Acuerdo* 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.

QUINTA. - Jurisdicción. Para la interpretación y cumplimiento del presente *Acuerdo*, 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 Acuerdo, lo firman de conformidad en Ciudad Administrativa "Benemérito de las Américas" Carretera Oaxaca–Istmo km. 11.5, Tlalixtac de Cabrera Oaxaca; edificio 6, nivel 3 a los ___ días del mes de _____ del año 2023.

	POR "EL EMPLEADOR"	POR "LA CSNEO"
C.		COORDINADOR DEL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO OAXACA
	TESTIGO	TESTIGO
с.		JEFA DE DEPARTAMENTO DE APOYO A INICIATIVAS OCUPACIONALES

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









ACUERDO DE CAPACITACIÓN









ANEXO 6-1

Anexo del Acuerdo de Capacitación

	ACION OR	IAL DE DEL	EMPLEO SERVICIO	OAXACA" R	REPRESENTAI AL DE	DA POR EL EMPLEO	C. GENARO	O ESAÚ HI Y PC	ERNANDEZ	_	EN SU CARÁCTER DE "EL EMPLEADOR' EN SU CARÁCTEF
DE											
Característic	as del	(los) cı	ırso(s):								
Domicilio dono	de se re	ealizará	(n) el (los) cui	rso(s) de capaci					N 5		No. 1 de la companya
				Ca	alle:				NO. EX	terior:	No. Interior:
			Entidad Fed	erativa:					Municipio:		
C é di	D	to le					Calania				
Codi	go Post	lai:					Colonia	1:			
Dosorinaión da	l aurea										
Descripción de	ei curso	:	Nomb	ore del curso			Duració	ón en horas			de duración
									Inic	210	Término
Horarios:											
No.	Días	s de la s	emana	Hor	ario		escansos y/o nidas	Horas tota sema		Núr	nero de acción
Apoyos a los B	uscado	res de	Trabajo Selec	cionados para (Capacitación (B	stsc):				Mon	to total de apoyo por
Número de	BTSC		Periodicidad	l del Pago	Monto	por periodo	Monto	total del Ap	oyo por BTSC		acción
Estado de Oaxaca, laboral, promoción	en calida de mis v	d de Cent vacantes,	ro capacitador, es de la CSNEO, cor	opreso mi voluntad, o n el objetivo de lleva	específica e informa ar a cabo actividad	ada, para que se e es relacionadas c	efectúe el tratamie on aquellas que o	ento de mis datos riginaron la solic	personales por l itud de dichos da	a CSNEO para atos personale	en Posesión de Sujetos Obligados de los fines consistentes en la inserciói s. Asimismo, la CSNEO como Sujet rrecta transferencia de éstos a otra
				Acceso, Rectificación, ntendiéndose que, p				la Ley General de	Protección de D	atos Personale	es en Posesión de Sujetos Obligados
				dad y protección de eridos, y que estaré							oferté, que dichos datos únicamento a.
				enido legal del ac de Cabrera,							nemérito de las Américas'
			P	OR "EL EMPL	EADOR"			POR "LA C	SNEO"		
			N	lombre, cargo	y firma		COORDINAD	OR DEL SEF		IONAL DE	







ACUERDO DE CAPACITACIÓN

	LA OTRA, EL EMPLEADOR				
	<i>_</i>	EN	SU		RÁCTER
				ENOMINARA CON	ΛΟ "EL
EMPLE	EADOR", DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIO	JNES Y CLAUSULAS SIGUIEN I	E2:		
	DECI	LARACIONES			
I DE '	"LA CSNEO"				
A)	Que "LA CSNEO" es la responsable de operar y Jóvenes por la Transformación 2023 en la entic	9	a de Capacitac	ión para la Emple	abilidad
B)	Que, en coordinación con la Secretaría de Desarr instrumentación del Programa de Capacitación como propósito promover entre otras, las activ	n para la Empleabilidad Jóven	es por la Transf	formación 2023, qu	
-,	instrumentación del Programa de Capacitación	n para la Empleabilidad Jóven	es por la Transf	formación 2023, qu	
II DE	instrumentación del Programa de Capacitación como propósito promover entre otras, las active "EL EMPLEADOR" Ser un empleador registrado bajo el Régimen el Regimen e	n para la Empleabilidad Jóven vidades productivas que prop de	es por la Transf icien la generad , que está co	formación 2023, qu ción de empleos. onstituida conform	ue tiene e a los
II DE	instrumentación del Programa de Capacitación como propósito promover entre otras, las activ	n para la Empleabilidad Jóven vidades productivas que prop de d con la Escritura Constitutiv	es por la Transf icien la generad , que está co a Número	formación 2023, qu ción de empleos. onstituida conform	ue tiene e a los
II DE	instrumentación del Programa de Capacitación como propósito promover entre otras, las activ "EL EMPLEADOR" Ser un empleador registrado bajo el Régimen e lineamientos legales vigentes, de conformidad de fecha Que su representante es el (la) C.	n para la Empleabilidad Jóven vidades productivas que prop de d con la Escritura Constitutiv, cuyo en su carácter o	es por la Transf icien la generad , que está co a Número objeto de	formación 2023, qu ción de empleos. onstituida conform social	ue tiene ue a los , es
II DE	instrumentación del Programa de Capacitación como propósito promover entre otras, las activ "EL EMPLEADOR" Ser un empleador registrado bajo el Régimen de lineamientos legales vigentes, de conformidad de fecha Que su representante es el (la) C quien acredita su personalidad mediante	n para la Empleabilidad Jóven vidades productivas que prop de d con la Escritura Constitutiv, cuyo en su carácter	es por la Transf icien la generad , que está co a Número objeto de	formación 2023, quición de empleos. onstituida conform social quien se identi	ue tiene ue a los , es
II DE A)	instrumentación del Programa de Capacitación como propósito promover entre otras, las activ "EL EMPLEADOR" Ser un empleador registrado bajo el Régimen e lineamientos legales vigentes, de conformidad de fecha Que su representante es el (la) C.	n para la Empleabilidad Jóven vidades productivas que prop de d con la Escritura Constitutiv, cuyo en su carácter o con número de folio	es por la Transf icien la generad , que está co a Número objeto de	formación 2023, qui ción de empleos. onstituida conform social quien se identi 	ue tiene ue a los , es

PRIMERA. - "LA CSNEO", se obliga durante la vigencia del presente Acuerdo a:

- A) Entregar el apoyo económico de capacitación a los BTSC durante el tiempo de duración del curso de capacitación.
- B) Seleccionar de los Buscadores de trabajo canalizados (BTC) de entre los que no han logrado insertarse en un trabajo y que se ajusten a los Lineamientos del Programa de Capacitación para la Empleabilidad Jóvenes por la Transformación 2023 y los requisitos establecidos por "EL EMPLEADOR" en el *Anexo 03 (Anexo A del SNE-02), Registro de Vacante de Empleo.*
- 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 *Acuerdo*, desde la concertación de las acciones de capacitación hasta la inserción.
- E) "LA CSNEO" 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.

[&]quot;Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa".



A)



capacitación y efectuar su seguimiento.



Determinar juntamente con "La CSNEO", el perfil requerido a los aspirantes para participar en el

ANEXO 06

ACUERDO DE CAPACITACIÓN

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

- (los) curso(s) de capacitación. B) Elaborar el (los) programa (s) y contenido(s) de capacitación acorde (s) con el (los) perfil (es) de la (s) vacante (s) a cubrir, contemplando preferentemente 20% de teoría y 80% de práctica. C) El número de horas de capacitación deberá ser entre 30 y 48 horas a la semana. D) Facilitar su infraestructura para la realización del (los) curso(s), incluyendo las prácticas correspondientes a los mismos, dentro del período y horario establecidos en el "Anexo del Acuerdo de Capacitación". Autorizar que el desarrollo del curso sea supervisado por "LA CSNEO". E) F) Aportar materiales de capacitación para la realización de las prácticas del proceso de capacitación y el (los) instructor (es), G) En su caso y de acuerdo con la particularidad de la vacante (describir la particularidad) , el empleador podrá dar de alta en el IMSS a los BTSC; siempre y cuando la fecha del movimiento afiliatorio sea igual a la fecha de inicio del curso o máximo al quinto día hábil después del inicio. (En su caso de no dar alta de IMSS desde un inicio, borrar todo está clausula) H) Proporcionar servicio médico básico de atención para los beneficiarios durante el período de capacitación. Médico (especialidad y nombre completo), con Cedula Profesional con domicilio en (calle, numero, colonia, municipio, código postal).(en el caso de las empresas que dan de alta en el IMSS, eliminar esta cláusula) I) Impartir el (los) curso (s) de capacitación establecido (s) en el "Anexo del Acuerdo de capacitación" a los buscadores de trabajo seleccionados para capacitación de acuerdo con el Programa de Capacitación. J) Asesorar, orientar y supervisar la impartición del (los) curso(s) según el Programa de Capacitación. K) Verificar que los buscadores de trabajo seleccionados para capacitación que participen en el (los) curso (s), únicamente realicen tareas relacionadas con el Programa de Capacitación. L) Informar a solicitud de "LA CSNEO", el avance y desarrollo del Programa de Capacitación, así como enviar los reportes que se le requieran. M) Proporcionar las facilidades necesarias al personal de "LA CSNEO" o de los órganos de control interno estatal, para que realicen la verificación de que cuenta con la infraestructura necesaria para llevar a cabo la
- N) Informar por escrito y en un plazo no mayor a 48 horas a "LA CSNEO" cuando algún beneficiario presente irregularidades en su desempeño o infrinja el reglamento interior de "EL EMPLEADOR", para que se apliquen las sanciones correspondientes.
- O) Emitir y entregar de manera conjunta con "LA CSNEO", una *constancia* que acredite la participación de los beneficiarios en el curso.
- P) Contratar de entre los beneficiarios egresados del curso, el número de BTSC establecido en el *Anexo A* del *SNE-02, Registro de Vacantes de Empleo*.
- Q) Informar mediante el formato *Reporte de Inserción* a "LA CSNEO", el nombre de los beneficiarios que concluyeron su capacitación. Para el caso de los que fueron contratados, el nombre del puesto que







ACUERDO DE CAPACITACIÓN

ocupan, tipo de contratación y el monto del salario mensual con el que fueron contratados (señalado en el *Anexo A* del Formato *SNE-02*) conforme a lo establecido en la cláusula anterior, así como entregar copia del contrato laboral o copia de la constancia de movimientos afiliatorios del IMSS, en un plazo no mayor de cinco días hábiles, posterior a la conclusión del curso de capacitación.

R) Atendiendo al principio de "consentimiento" consagrado en el artículo 14 y de conformidad con lo señalado en el artículo 18, ambos de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca, expreso mi voluntad, específica e informada, para que se efectúe el tratamiento de mis datos personales por la CSNEO para los fines consistentes en la inserción laboral, promoción de mis vacantes con el objetivo de llevar a cabo actividades relacionadas con aquellas que originaron la solicitud de dichos datos personales.

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, entendiéndose que, para el caso, será la CSNEO el Sujeto obligado.

Asimismo, me comprometo a garantizar la confidencialidad y protección de los datos personales que me sean proporcionados respecto a candidatos para cubrir las vacantes que oferté, que dichos datos únicamente los utilizaré para los fines para los que me fueron transferidos y que estaré sujeto a Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca.

TERCERA. - Sanciones. En caso de que "EL EMPLEADOR" incumpla lo estipulado en los Lineamientos para la Operación del Programa de Capacitación para la Empleabilidad Jóvenes por la Transformación 2023 y/o en el presente acuerdo 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 Programa de Capacitación para la Empleabilidad Jóvenes por la Transformación 2023.

CUARTA. - Terminación. El presente Acuerdo 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.

QUINTA. - Jurisdicción. Para la interpretación y cumplimiento del presente *Acuerdo*, 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 Acuerdo, lo firman de conformidad en Ciudad Administrativa "Benemérito de las Américas", Carretera Oaxaca – Istmo km. 11.5, Tlalixtac de Cabrera, Oaxaca; edificio 6, nivel 3 a los ___ días del mes de _____ del año 2023.

POR "EL EMPLEADOR"	POR "LA CSNEO"
C.	COORDINADOR DEL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO OAXACA
TESTIGO	TESTIGO
	JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO A INICIATIVAS

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



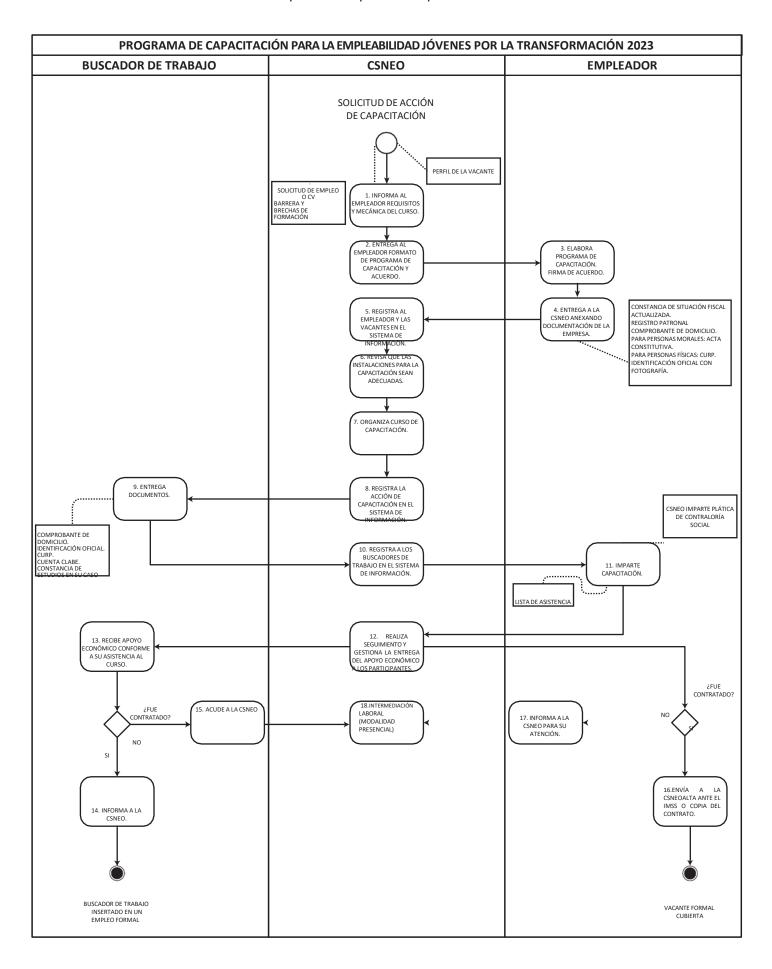






ACUERDO DE CAPACITACIÓN

OCUPACIONALES









Carta de Confirmación de Participación del Empleador

C. COORDINADOR DEL SEI	RVICIO NA	CION	IAL							Fed	:ha:								
DE EMPLEO OAXACA PRESENTE:												d	d	m	m	а	а	а	а
Sirva este conducto para Transformación 2023, co adquieran habilidades y d desarrollan en las instalac	n el fin de destrezas l	e cont abora	tribuir les en	a la capa el curso d	acitac de	ión d	de pe	rsonas	s que se e	encuent	ran (, a	en b travé	úsqu és de	ueda e las	ı de activ	trab	ajo	yq	ue
			Call	le:						N	o. Ex	teric	r:		No.	Inter	rior:		
					Er	ntre d	calles:												
						У													
Ent	idad Fede	erativa	a:							Mun	icipic)							4
Código Postal:								Colo	nia:										
oodige i ooda.								00.0	ma.										-
Teléfono fijo:														E:	xten	sión:	:		
Teléfono celular:																\blacksquare			1
Manifiesto a usted mi cor • e involucrarlos e L M		Int	egrar a	al (los) C. b	penef	iciari	o(s)	guien		norario: Horario									_

- Aportar el material y equipo necesario para el desarrollo de prácticas, en el período establecido.
- Proporcionar las facilidades necesarias al personal de "LA CSNEO", o de los órganos de control interno estatal, para que realicen la verificación de que cuenta con las instalaciones y equipo necesarios para llevar a cabo la capacitación y para dar seguimiento a la capacitación, verificando el cumplimiento de la normatividad vigente durante el (los) curso(s).
- Emitir y entregar juntamente con la Coordinación del Servicio Nacional de Empleo (CSNEO) al término del curso, una constancia que acredite la participación de las personas que concluyan el curso.
- Contratar de entre los beneficiarios egresados del curso a aquellos que, cubran el perfil de la vacante ofertada.
- Informar a la CSNEO, 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, el cual debe ser igual o mayor al monto del apoyo otorgado), 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 y/o del alta al IMSS.







Carta de Confirmación de Participación del Empleador

Protección de datos

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 Empleador expreso mi voluntad, específica e informada, para que se efectúe el tratamiento de mis datos personales por la CSNEO para los fines consistentes en la inserción laboral de buscadores de trabajo a la(s) vacante(s) que me promociona, y aquellas que contribuyan con el objetivo de llevar a cabo actividades relacionadas con las que originaron la solicitud de dichos datos personales.

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, entendiéndose que, para el caso, será la CSNEO 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 oferté, que dichos datos únicamente los utilizaré para los fines para los que me fueron transferidos, y que estaré sujeto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

LA CSNEO

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

ATENTAMENTE EL PROPIETARIO O REPRESENTANTE DE LA EMPRESA
Nombre y firma
Vo. Bo.
Nombre y Firma del Coordinador de Supervisió Contraloría Social y Asesoría Jurídica





Nombre

CE-2



ANEXO 09

Visita de Verificación de la Sede de Capacitación

Nombre

							T
Departamento Regional:	Fecha de la visita	d	d	m m	a a	а	а
Nombre (s) Apellido Paterno y Materno y/o Razón Social							
INSTRUCCIONES: Para ser aplicado durante el recorrido de la empresa acompañado por el propietario o represer	ntante.						
I. Datos generales de la empresa					SI	NC)
¿Los datos generales de la empresa y su domicilio corresponden a lo señalado en el "Registro de Empleadores" (A	Anexo 04 formato SNE-02)?						
¿El domicilio donde se llevará a cabo la capacitación es el mismo al señalado en el Anexo del Acuerdo de Capacita	ación?						
¿La empresa cuenta con instructor para impartir el curso de capacitación?							
II. Condición de las instalaciones donde se impartirá el curso de capacitación							
¿Cuenta con la infraestructura necesaria para la impartición del curso de capacitación?							
III. Describa la infraestructura identificada durante la visita de verificación, la cual debe ser co Infraestructura: Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de medios tecnicos de medios tecnicos el medios de medios de medios el medios de							
IV. De acuerdo a la revisión e información proporcionada la Coordinación del Servicio Nacional de Emple	o Oaxaca ¿considera viable la	a impartic	ión del	(los) curs	o(s) de capad	itación?	
				(,	(-,		
SI ()	NO ()						
Firma del personal de la CSNEO	Firma del personal de la empre	esa que ate	ndió la	visita			
que realizó la visita							
					_		











CONTRALORÍA SOCIAL EN EL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO **PRESENCIAL**

CS-01

	SERVICIO N	NACION	AL DE E	MPLEC)			F	ЕСН	
							DD	М	М	AAAA
		:	SUBPRO	OGRAM	1A					
Inte Labo	rmediación Movilidad bral Laboral		/icios iliares		Abrie Espa		Progra Comple	mas emer	tario	s 🗌
	Nombre Estrategia/Apoyo		No. Ún	ico Ac	ción	cha icio	Fech Térmi			No. scritos
Acc	iones de Contraloría Social	Duració Plát					erial de usión			
							Plática d	e Cor	tralo	ría Social
No.		Nombi	'e				Fech	а	F	irma
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										











No.	Nombre	Plática de Cor	ontraloría Social				
140.	Nothbre	Fecha	Firma				
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
	Nombre de la persona que impartió la plática de Contraloría Social	Fir	ma				











GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONÓMICO COORDINACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO OAXACA LISTA DE ASISTENCIA

ASISTENCIA DEL AL LISTA NÚMERO
FECHA DE INICIO EMPRESA
FECHA DE TÉRMINO VERTIENTE
HORARIO ESPECIALIDAD
N° ÚNICO DÍAS A PAGAR

CURP	BENEFICIARIO	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	FALTAS	ASIST	FECHA DE BAJA









Visita de Seguimiento a la Capacitación

CE-3

		Fecha de	cha de la visita:						
INSTRUCCIONES: El personal responsable de realizar la visita de seguimiento debe requisitar lo observado durante el desarrollo de la misma.									
Razón Social:									
Nombre del curso:				Número de	e acción				
	Con	certación							
	Aspectos a Verificar	certacion				Si		No	
1. ¿El curso de capacitación se está imparti	endo en las instalaciones acordadas?								
2. ¿El curso se está desarrollando en los ho	rarios establecidos en el Programa de Capacitaci	ón?							
3. ¿Se están usando los materiales y equipo	establecidos en el Anexo del Acuerdo de Capac	itación y el I	Programa de	Capacitación?					
	Desarro	ollo del Curs	0						
Aspectos a V	erificar	Si	No	Respuestas y Comentarios					
4. ¿Se están desarrollando los temas descri	tos en el Programa de Capacitación?			Registre el tema que se es	staba desarrollar	ndo previo al inicio de la v	isita de seguimi	iento	
5. ¿El número de asistentes a la capacitac asistencia del día?	ón corresponde a lo registrado en la lista de			Registre el número de asi	stencias verificac	das			
Observaciones: (En caso de identificar alguna situad	ión que no haya sido considerada y que sea rele	vante para l	a continuida	d del curso de capaci	itación)				
De acuerdo a lo identificado durante la visita, la info	rmación proporcionada por la empresa y los ben	neficiarios, ¿	considera via		el curso de ca	apacitación?			
Si ()	No () Si () Debe informar a su superior inmediato y al responsable del Programa en la entidad a efecto de notificar de manera formal a la empresa sobre los incumplimientos identificados								
Firma del personal	Firma del personal de Contraloría Social que realizó la visita Firma del personal de la empresa que atendió la visita								
	Nombre Nombre								







EMPLEO
COORDINACIÓN DEL SERVICIO
NACIONAL DE EMPLEO
OAXACA

ANEXO 13

GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONÓMICO COORDINACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO OAXACA RELACIÓN DE APOYOS A BENEFICIARIOS

EMPRESA

N° ÚNICO ESPECIALIDAD VERTIENTE NÚMERO DE PAGO FECHA DE INICIO Y TÉRMINO PERIODO DE PAGO

CONTROL						
		FALTA				
		TOTAL R	ELACIÓN [DE APOYOS A BENEFICIARIOS		

ENCARGADA DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO A INICIATIVAS
OCUPACIONALES.









CE-4

Reporte de Inserción

Instrucciones: Debe ser requisitado por el empleador, con base en los términos de contratación, los cuales deben coincidir con la evidencia de inserción.

Número de acción:									Fecha de inicio:										
Nombre del curso:									Fecha de término:										
		Mai	rque co	on una		nsartá					Salario mensual		Marque con	una "X"					
Nombre del	¿Egresó?		¿Se insertó?		¿Se insertó en la empresa que se capacitó?		de ación	Razón Social de la					REC de la	Puesto	otorgado por la empresa (debe correspon		Tipo de er	npleo	
beneficiario	Sí	No		No	Sí	No	Fecha de contratación	empresa donde se insertó	Empresa	Fuesto	der a la evidencia de inserción entregada por el empleador	Por tiempo indeterminado	Por tiempo determinado	Acce segurida (IM SI	id social SS)				
											\$								
											\$								
											\$								
											\$								
											\$								
											\$								
											\$								

	Non	nbre		

Cargo y firma del personal de la empresa



Razón Social:







ANEXO 15 CE-5

Evaluación de Participación del Empleador

Fecha:		m	m	а	а	

INSTRUCCIONES: Al término del curso el personal de la CSNEO debe anotar las respuestas conforme a lo identificado durante el desarrollo y conclusión del curso.

Nombre del curso:						
Número único:						
Fecha de inicio:		Fecha de término:				
C	umplimiento de obligaciones a q	ue está sujeto el Empl	eador			
¿Se impartió el curso, de a	¿Se impartió el curso, de acuerdo a los temas señalados en el Programa de Capacitación? Sí () No ()					
¿Se impartió el curso de capacitación de acuerdo a las condiciones establecidas en el Anexo del Acuerdo de Capacitación y en la Carta de Confirmación de Participación del Empleador? Sí () No ()						
¿Los cursos se impartiero	n en las instalaciones, señaladas ei Sí ()	n el formato de Visita d No ()	e Verificación?			
¿El empleador entregó el que terminaron el curso c	n conjunto con la CSNEO Constar de capacitación? Sí ()	ncia de Participación a No ()	cada uno de los beneficiarios			
	a los beneficiarios egresados, con e Carta de Confirmación de Particip Sí ()		ido en el Anexo del Acuerdo			
¿El empleador informó a la CSNEO mediante el formato Reporte de Inserción, 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, conforme a lo establecido en el Anexo del Acuerdo de Capacitación y en la Carta de Confirmación de Participación del Empleador?						
() Sí () En el plazo establecido en la nor término del curso de capacitació		co días hábiles, posteriores al			
() Después de cinco días hábiles de haber finalizado el curso de capacitación. () No						





EMPLEO
COORDINACIÓN DEL SERVICIO
NACIONAL DE EMPLEO

ANEXO 15 CE-5

Evaluación de Participación del Empleador









ANEXO 15 CE-5

Evaluación de Participación del Empleador

¿El empleador entregó a la CSNEO copia de la el capacitación (Contrato y/o Constancia de presentació	videncia de contratación de los egresados del curso de no de movimientos afiliatorios expedida por el IMSS)?
() Sí () En el plazo establecido en término del curso de capa	la normatividad (máximo cinco días hábiles, posteriores al acitación).
() Después de cinco días hábiles o	de haber finalizado el curso de capacitación.
Observaciones: Señale los aspectos relevantes sobre la	participación del empleador en el curso de capacitación.
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Con base en los resultados de la presente evalu empleador en otros cursos de capacitación?	ación la CSNEO ¿considera viable la participación del
Sí () ¿por qué?	
No () ¿por qué?	
Responsable	es de la evaluación
Jefa del Departamento de Apoyo a Iniciativas Ocupacionales	Coordinador de Supervisión, Contraloría Social y Asesoría Jurídica
Nombre y firma	Nombre y firma









ANEXO 16 CE-A

LISTA DE CONTROL DE EXPEDIENTE DEL PROGRAMA

Cada ejercicio fiscal del programa debe incluir por única vez esta lista al reverso de la carátula con las firmas correspondientes del responsable de la integración.

	Documento	Nombre y firma del responsable de la integración por parte de la CSNEO
1	Convenio de Coordinación para la Operación del Programa de Apoyo al Empleo 2023.	
2	Lineamientos para la Operación del Programa de Capacitación para la Empleabilidad Jóvenes por la Transformación 2023.	
3	Reglas de Operación Estatal del Programa de Capacitación para Empleabilidad Jóvenes por la Transformación 2023.	
4	Convocatoria.	
5	Aviso a la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública sobre el inicio de operaciones del Programa.	
6	Carta de Aceptación para el uso de Datos Personales.	









ANEXO 17 CE-B

LISTA DE CONTROL DE EXPEDIENTE DEL EMPLEADOR

Cada expediente por empresa debe incluir esta lista al reverso de la carátula con las firmas correspondientes de los responsables de la integración. La validación de la integración del expediente, implica asegurarse que los formatos se encuentren correctamente cumplimentados y con las firmas correspondientes.

Razon	Social:	
	Documento	Nombre y firma del responsable de la integración por parte de la CSNEO
1	SNE-02, Registro de Empleadores.	
1.1	Constancia de Situación Fiscal, con fecha de expedición no mayor a seis meses.	
1.2	Copia del comprobante de domicilio, (Por ejemplo: recibo de luz, teléfono, agua o predial), con fecha de expedición no mayor a tres meses.	
1.3	Para personas morales, copia del Acta Constitutiva.	
1.4	Clave Unica de Registro de Población (CURP). En caso de personas físicas.	
1.5	En caso de que el representante de la empresa no sea quien realiza los trámites y gestiones ante la CSNEO, se requiere un escrito en papel membretado en que el empleador, representante o apoderado legal de la empresa delega las gestiones administrativas ante la CSNEO a una tercera persona.	
1.6	Identificación oficial con fotografía (INE, IFE, cédula profesional, pasaporte o cartilla del servicio militar nacional, vigentes) de la persona física o en su caso, del representante o apoderado legal de la persona moral.	
1.7	Acuerdo de Capacitación.	
1.8	Carta de Confirmación de Participación del Empleador.	
	Responsable de validar la integrac	ión de los expedientes
Je	fa del Departamento de Apoyo a Iniciativas Ocupacionales	Coordinador de Supervisión, Contraloría Social y Asesoría Jurídica
	Nombre y firma	Nombre y firma



Lista de Asistencia 1

9







LISTA DE CONTROL DE EXPEDIENTE OPERATIVO POR CURSO

Cada expediente operativo debe incluir esta lista al reverso de la carátula con las firmas correspondientes de los responsables de la integración. La validación de la integración del expediente, implica asegurarse que los formatos se encuentren correctamente cumplimentados y con las firmas correspondientes.

R	azón Social:		Número de acción:			
Non	nbre del curso:					
		Acción de Capacitación				
		Documento	Nombre y firma del responsable de la integración por parte de la CSNEO			
1	Anexo A del SNE-02	2, Registro de Vacantes de Empleo.				
2	Anexo del Acuerdo	de Capacitación.				
3	CE-2, Visita de Veri	ficación de la Sede de Capacitación.				
4	ARA-01, Registro d	e acciones.				
5	CE-1, Programa de	Capacitación.				
6	luz, teléfono, agua	ante de domicilio de la empresa, (Por ejemplo: recibo de o predial), con fecha de expedición no mayor a tres si se necesita actualizacion.				
	Buscador de Trabajo Seleccionado para Capacitación					
		Documento	Nombre y firma del responsable de la integración por parte de la CSNEO			
7	SNE-01, Registro de	el Solicitante.				
7.1	Copia de la identific	cación oficial vigente.				
7.2	Copia de la Clave Ú	nica de Registro de Población (CURP).				
7.3	Copia del comprobante de domicilio, (Por ejemplo: <i>recibo de luz, teléfono, agua o predial</i>), con fecha de expedición no mayor a tres meses.					
7.4	Copia del comprobante de estudios. En su caso.					
7.5	Documento expedido por institución bancaria que contenga el nombre del titular de la cuenta y el número de Clave Bancaria Estandarizada de 18 dígitos. (CLABE).					
7.6	Resumen del regist	tro del solicitante.				
8	CS-01, Contraloria Social en el Servicio Nacional de Empleo Presencial.					









LISTA DE CONTROL DE EXPEDIENTE OPERATIVO POR CURSO

	Seguimiento a la Capacitac	ión				
	(Listas de Asistencias)					
	Documento	Nombre y firma del responsable de la integración por parte de la CSNEO				
10	Lista de Asistencia 2					
11	Lista de Asistencia 3					
12	Lista de Asistencia 4					
13	Lista de Asistencia 5					
14	Lista de Asistencia 6					
15	Relación de Apoyos Económicos (generado por el SISEMPO)					
	Resultados de los Cursos					
	Nombre y firma del responsable de la integración por parte de la CSNEO					
16	CE-3, Visita de Seguimiento a la Capacitación.					
17	Copia de Constancia de Participación de algún beneficiario.					
18	Copia de la evidencia de contratación de los beneficiarios: Contrato laboral o Constancia de presentación de movimientos afiliatorios expedida por el IMSS.					
19	CE-4, Reporte de inserción.					
20	CE-5, Evaluación de Participación del Empleador.					
21	Oficios de notificación de sanción al Empleador, en su caso.					
	Responsables de validar la integración	n de los expedientes				
Jefa del	efa del Departamento de Apoyo a Iniciativas Coordinador de Supervisión, Contraloría					

Ocupacionales	Social y Asesona Junuica
Nombre y firma	Nombre y firma







CARTA DE ACEPTACIÓN PARA EL USO DE DATOS PERSONALES.

dede
Coordinación del Servicio Nacional de Empleo Oaxaca Presente
El que suscribe el presente documentoacepto que mis datos personales proporcionados a la Coordinación del Servicio Nacional de Empleo Oaxaca sean utilizados para las siguientes finalidades: Registro de capacitación, fines estadísticos, y transferencia de mis datos personales al posible empleador.
Reconociendo que mis datos personales solo serán transferidos a terceros en lo que a disposición legal establezcan o cuando el titular de los datos personales lo autorice, salvo las excepciones previstas en los artículos 22, 62 y 70 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y el articulo 62 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca.
Por lo que para tales finalidades autorizo la siguiente información del Anexo 02.
Nombre Completo:
INE:
Comprobante Domicilio:
Número de cuenta bancaria:
Constancia de Estudios:
CURP:
Número Telefónico:
Municipio:
Correo electrónico:
Carta de identidad para el caso de personal preliberadas:
Firma de Conformidad Atentamente