

Guía para la solicitud de cursos de Capacitación y Competencia Laboral

Con el propósito de facilitar los trámites relacionados con la solicitud y autorización de cursos de este Instituto y cumpliendo con los procedimientos del sistema de gestión de la calidad:

El solicitante debe cumplir los siguientes:

Requisitos	Capacitación	Competencia Laboral
Oficio de solicitud (con los datos escritos claramente del contacto o representante).	√	√
Relación de participantes con nombre y firma (formato RUDC-05).	√	√
Croquis de macro y micro localización de la sede del curso (formato RUDC-10).	√	√
Cédula de identificación de cada participante requisitada, con fotografía tamaño infantil y firma (formato RUDC-12).	√	√
Anexar copia fotostática de credencial de elector o acta de nacimiento y CURP.	√	√
Los grupos a capacitarse deben contar con un mínimo de 18 personas y máximo de 25, mayores de 15 años.	√	N/A
Los grupos a capacitarse deben contar con un mínimo de 15 personas y máximo de 25, mayores de 18 años estar trabajando en la función productiva a certificar.	N/A	√
Al término del curso o especialidad se otorga una constancia de participación	√	√
Realizar el pago correspondiente	√	√

- La firma en todos los documentos debe ser autógrafa y coincidir con la de la credencial de elector.
- Los insumos necesarios para la operación de los cursos son responsabilidad de los solicitantes.

Costos:

Concepto	Número de UMA	Costo en pesos
Regular	0.03 por hora	2.53
Extensión	1.32	111.52
CAE	1.00	84.49
Evaluación ROCO por curso	2.00	168.98
Evaluación ROCO por especialidad	4.00	337.96
Reposición de constancias	0.69	58.29
Curso de capacitación de Competencia Laboral	5.48	463.00
Evaluación de Competencia Laboral	15	1,267.35
Expedición de Certificado Nivel 2	5	422.45
Expedición de Certificado Nivel 3	7	591.43

Nota:

Un representante de la Unidad de Capacitación de su jurisdicción, visitará la localidad y el lugar asignado para el curso para determinar si este es propio y factible para impartir el curso.

Una vez autorizado el diagnóstico de factibilidad y completa la documentación de los participantes, se dará inicio al proceso de autorización, acorde a las políticas del ICAPET.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

RUOC - 05



ICAPET
Instituto de Capacitación y
Productividad para el Trabajo
del Estado de Oaxaca

NOMBRE	EDAD	SEXO	TELEF.-CEL.-CASETA LOCAL	FIRMA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				

NOTA: Incluir mínimo 5 números de teléfonos diferentes de los capacitandos. NOTA: En caso de ser más, anexar otra relación de participantes.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD. - El Instituto de Capacitación y Productividad para el Trabajo del Estado de Oaxaca (ICAPET), con domicilio en el Centro Administrativo del Poder Ejecutivo y Judicial General Porfirio Díaz "Soldado de la Patria" Edificio "G" María Sabina, (Nivel 2, Piso 3), Agencia de Policía de Reyes Mantecón, San Bartolo Coyotepec, C.P. 71257; con fundamento en los artículos 1, fracciones I y II, 10, 11 y 13 de la Ley de Protección de Datos Personales, en relación con los numerales Primero, Octavo, Décimo Quinto, Décimo Sexto, Décimo Séptimo, Décimo Octavo, y Décimo Noveno de los Lineamientos para la Protección de Datos Personales publicados en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca, con fecha 31 de mayo de 2013; los datos personales aquí recabados serán protegidos, incorporados y tratados con fines de registro y estadístico, con el registro Sistema de Padrón de Instructores de Datos Personales, ante el Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, siendo los responsables de la protección, salvaguarda jurídica y tratamiento de sus datos personales los Titulares de las Direcciones Técnico Académico y de Vinculación con el Sector Productivo del ICAPET. Los datos personales que recabamos de Usted, se utilizarán para las finalidades mencionadas anteriormente, sin fines mercadotécnicos, publicitarios o comercial. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines, Usted puede presentar desde este momento un escrito de manera libre ante este Instituto, manifestando lo anterior, contando con un término de tres días hábiles. Así mismo podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través de la Unidad de Transparencia ubicada en este mismo domicilio. Para el caso de obtener el consentimiento expreso y por escrito del Titular, de acuerdo con los términos y condiciones previstas en el presente aviso de privacidad, Usted otorgará su consentimiento para que sus datos personales sean tratados, estampando su nombre y firma.---

**CROQUIS DE MACRO Y MICRO-LOCALIZACIÓN
DE LA SEDE DEL CURSO**
RUDC-10



ICAPET
Instituto de Capacitación y
Productividad para el Trabajo
del Estado de Oaxaca

CROQUIS DE MACRO LOCALIZACIÓN (De Unidad de Capacitación correspondiente o de la carretera federal más cercana a la localidad)

CROQUIS DE MICRO LOCALIZACIÓN (De la entrada de la localidad a la sede del curso se incluye edificios significativos: Palacio Mpal, Iglesia, Escuelas, etc.)

_____ a ____ de _____ de 2019.

MTRD. FRANCISCO ÁNGEL MALDONADO MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DEL ICAPET.
PRESENTE.

AT'N. DE _____
DIRECTOR(A) DE UNIDAD DE CAPACITACIÓN NO. _____ de:
_____ Oax.

Con el propósito de impulsar las actividades productivas de esta localidad, me dirijo a usted, para solicitar de la manera más atenta el otorgamiento de (los) curso(s) de capacitación en: _____

Así mismo solicito de la manera más atenta me otorgue el beneficio que corresponda, ya que cumplo con una de las modalidades del programa "MI CAPACITACIÓN AHORA" la cual es: _____

Para ser impartido(s) a (nombre del grupo productivo) _____

La finalidad es: _____

Sin más por el momento y en espera de su respuesta favorable, reciba cordiales saludos.

ATENTAMENTE

Nombre de la Entidad Solicitante
(Institución, Empresa, Organización, Grupo Productivo o Autoridad Local)

Nombre, firma y sello del Representante del Grupo

DATOS DEL CONTACTO:

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____

NO. TELEFÓNICO DE LA CASETA DE LA LOCALIDAD: _____

NO. DE CELULAR: _____

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DEL CAPACITANDO

RUDC-12



ICAPET
Instituto de Capacitación y
Productividad para el Trabajo
del Estado de Oaxaca

DATOS GENERALES DEL CAPACITANDO

NOMBRE: _____			APELLIDO PATERNO _____			APELLIDO MATERNO _____			NOMBRE(S) _____			FOTOGRAFÍA TAMAÑO INFANTIL					
DOMICILIO: _____			CALLE _____			NUM. MUNICIPIO: _____			COLONIA _____								
LOCALIDAD: _____			TELÉFONO O CELULAR: _____														
C.P.: _____																	
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO:			SEXO:			HOMBRE <input type="checkbox"/>			MUJER <input type="checkbox"/>					
DÍA:	MES:	AÑO:	NACIONALIDAD: MEXICANA <input type="checkbox"/>			OTRA: <input type="checkbox"/>			CUÁL: _____								
EDAD:		TERCERA EDAD: 65 AÑOS O MÁS <input type="checkbox"/>			CURP:												
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) <input type="checkbox"/>		CASADO(A) <input type="checkbox"/>		DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>		VIUDO(A) <input type="checkbox"/>		UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>									
PADRE O MADRE SOLTERA <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE HIJOS: _____ <input type="checkbox"/>															
PERTENECE ALGÚN GRUPO VULNERABLE: TERCERA EDAD <input type="checkbox"/>			MIGRANTE <input type="checkbox"/>			RECLUSO(A) <input type="checkbox"/>			JEFE O JEFA DE FAMILIA (SOLO (A) QUE TRABAJA PARA MANTENER SU(S) HIJO(A) <input type="checkbox"/>								
PERTENECE ALGÚN GRUPO INDÍGENA : (CUÁL) _____ <input type="checkbox"/>			ETNIA AFROMEXICANOS <input type="checkbox"/>														
ES DISCAPACITADO: SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		QUE TIPO: MOTRIZ <input type="checkbox"/>		VISUAL <input type="checkbox"/>		AUDITIVA <input type="checkbox"/>		LENGUAJE <input type="checkbox"/>		MENTAL <input type="checkbox"/>					
PERTENECE A: UNA INSTITUCIÓN <input type="checkbox"/>		UNA EMPRESA: <input type="checkbox"/>		UNA ORGANIZACIÓN PRODUCTIVA <input type="checkbox"/>		UN GRUPO PRODUCTIVO <input type="checkbox"/>		SOY INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		CUÁL: _____							
ESCOLARIDAD						IDIOMA Y/O LENGUA INDÍGENA											
NIVEL ACADÉMICO			COMPLETA			HABLA ALGÚN IDIOMA EXTRANJERO: SÍ <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>								
			SÍ <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>			CUÁL: _____			HABLA <input type="checkbox"/>			ESCRIBE <input type="checkbox"/>		
a) SIN ESTUDIOS			NO ACREDITA			ESTUDIA ACTUALMENTE: SÍ <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>								
b) PRIMARIA						SITUACIÓN LABORAL											
c) SECUNDARIA						TRABAJA ACTUALMENTE : SÍ <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>								
d) CARRERA COMERCIAL						COMO: ASALARIADO <input type="checkbox"/>			TRABAJA POR CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/>								
e) PREPARATORIA O BACHILLERATO						ES PRODUCTOR: SÍ <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>			DE QUE: _____					
f) NORMAL						SE ENCUENTRA DESEMPLEADO: SÍ <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>								
g) LICENCIATURA						PORQUÉ: ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>			SE DEDICA AL HOGAR <input type="checkbox"/>								
h) POSTGRADO						JUBILADO O PENSIONADO <input type="checkbox"/>			INCAPACITADO <input type="checkbox"/>								
PERFIL SOCIO-ECONÓMICO																	
CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE USTED:						QUIÉNES CONTRIBUYEN AL INGRESO FAMILIAR: UNICAMENTE UD. <input type="checkbox"/>											
NINGUNA <input type="checkbox"/>						UD. SU ESPOSO(A) O HIJOS <input type="checkbox"/>											
1 A 3 <input type="checkbox"/>						OTROS (PADRES CUÑADO(A) PRIMOS) <input type="checkbox"/>											
4 A 6 <input type="checkbox"/>																	
MÁS DE 6 <input type="checkbox"/>																	
MEDIO POR EL QUE SE ENTERÓ DE LOS CURSOS QUE IMPARTE EL ICAPET						PORQUÉ SOLICITÓ CAPACITACIÓN EN EL ICAPET											
AUTORIDAD MUNICIPAL <input type="checkbox"/>		AMIGOS O FAMILIARES <input type="checkbox"/>		EL ICAPET O UDC <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>		POR ESTAR DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>		POR UN MEJOR EMPLEO <input type="checkbox"/>							
MEDIO: CUÁL _____		<input type="checkbox"/>		CONVENIO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PARA AUTO-EMPLEARSE <input type="checkbox"/>									
								PARA MEJORAR LA PRODUCTIVIDAD <input type="checkbox"/>									

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD.- El Instituto de Capacitación y Productividad para el Trabajo del Estado de Oaxaca (ICAPET), con domicilio en el Centro Administrativo del Poder Ejecutivo y Judicial General Porfirio Díaz "Soldado de la Patria" Edificio "G" María Sabina, (Nivel 2, Piso 3), Agencia de Policía de Reyes Mantecón, San Bartolo Coyotepec, C.P. 71257; con fundamenta en los artículos 1, fracciones I y II, 10, 11 y 13 de la Ley de Protección de Datos Personales, en relación con los numerales Primero, Octavo, Décimo, Décimo Quinto, Décimo Sexto, Décimo Séptimo, Décimo Octavo, y Décimo Noveno de los Lineamientos para la Protección de Datos Personales publicados en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca, con fecha 31 de mayo de 2013; los datos personales aquí recabados serán protegidos, incorporados y tratados con fines de registro y estadístico, con el registro Sistema de Padrón de Instructores de Datos Personales, ante el Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, siendo los responsables de la protección, salvaguarda jurídica y tratamiento de sus datos personales los Titulares de las Direcciones Técnico Académico y de Vinculación con el Sector Productivo del ICAPET. Los datos personales que recabamos de Usted, se utilizarán para las finalidades mencionadas anteriormente, sin fines mercadotécnicos, publicitarios o comercial. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines, Usted puede presentar desde este momento un escrito de manera libre ante este Instituto, manifestando lo anterior, contando con un término de tres días hábiles. Así mismo podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través de la Unidad de Transparencia ubicada en este mismo domicilio. Para el caso de obtener el consentimiento expreso y por escrito del Titular, de acuerdo con los términos y condiciones previstas en el presente aviso de privacidad, Usted otorgará su consentimiento para que sus datos

Firma del solicitante

(La firma del solicitante debe ser igual o lo más semejante a la de la credencial de elector o huella digital)