|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **taFecha:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **d** | **d** | **m** | **m** | **a** | **a** | **a** | **a** |

**INSTRUCCIONES**: El personal responsable de realizar el seguimiento debe requisitar lo observado durante el desarrollo de la misma.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Empresa:** |  | | | | | | |
| **Centro Capacitador:** |  | | | | | | |
| **Nombre del curso:** |  | | | | **Número Único:** |  | |
| **Concertación** | | | | | | |
| **Aspectos a Verificar:** | | **Si** | **No** | **Respuesta y comentario:** | | |
| 1. ¿El curso de capacitación se está impartiendo en las instalaciones acordadas? | |  |  |  | | |
| 1. ¿El curso se está desarrollando en los horarios establecidos en el **Programa de Capacitación**? | |  |  |  | | |
| 1. En su caso, ¿La empresa dio de alta en el IMSS a los Beneficiarios al inicio del curso conforme a lo establecido en el **Acuerdo de Capacitación**? | |  |  | Anote la fecha de registro ante el IMSS, la cual puede ser igual a la fecha de inicio del curso o posterior | | |
| 1. ¿Se están usando los materiales y equipo establecidos en el A**nexo del Acuerdo de Capacitación** y el **Programa de Capacitación**? | |  |  |  | | |
| 1. En su caso, ¿La empresa está otorgando a los Beneficiarios los apoyos adicionales establecidos en el **Anexo del Acuerdo de Capacitación**? | |  |  |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Desarrollo del curso** | | | | |
| **Aspectos a Verificar:** | | **Si** | **No** | **Respuesta y comentario:** |
| 1. ¿Se están desarrollando los temas descritos en el **Programa de Capacitación**? | |  |  | Registre el tema que se estaba desarrollando previo al inicio del seguimiento |
| 1. ¿El número de asistentes a la capacitación corresponde a lo registrado en la lista de asistencia del día? | |  |  | Registre el número de asistencias verificadas |
| 1. ¿Los Beneficiarios conocen el monto del apoyo otorgado por el SNEM por concepto de beca, la duración, horarios del curso; así como sus derechos y obligaciones? | |  |  | En caso de que su respuesta sea negativa deberá brindar a los Beneficiarios la información referida en la pregunta, |
| 1. ¿Se identificó si algún Beneficiarios ha sido trabajador de la empresa? | |  |  | Anote el nombre del (los) Beneficiarios identificados |
| **Observaciones:** (En caso de identificar alguna situación que no haya sido considerada y que sea relevante para la continuidad del curso de capacitación) | | | | |
|  | | | | |
| De acuerdo a lo identificado durante el seguimiento, la información proporcionada por la empresa y los beneficiarios, ¿considera viable la continuidad del curso de capacitación? | | | | |
| **Sí** ( ) | **No** ( )  Debe informar a su superior inmediato y al responsable del subprograma en la entidad a efecto de notificar de manera formal a la empresa sobre los incumplimientos identificados | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cargo y firma del personal de la OSNE**  **que realizó el seguimiento** |  | **Cargo y firma del personal de la empresa o Centro Capacitador que atendió** |
| **Nombre** |  | **Nombre** |