

FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))

FRANCO IBARRA CARLOS ALFREDO

Clave Única de Registro de Población

F A I C 9 6 0 1 2 0 H J C R B R 0 8

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}

1.1 y 1.2

Puesto*

COORDINADOR SEGURIDAD

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))

GRUPO MIRASOL DE OCCIDENTE

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

G M O - 1 0 0 9 0 2 - D M 1

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

CURSO: ESPACIOS CONFINADOS

Duración en horas

8

Periodo de ejecución:

De

Año

2

0

2

5

Mes

0

9

Día

1

9

a

Año

2

0

2

5

Mes

0

9

Día

1

9

Área temática del curso ^{2/}

6000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}

JUAN PAULO RODRIGUEZ HERRERA ROHJ781116FD6-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

~~Instructor o tutor~~

Patrón o representante legal ^{4/}

Representante de los trabajadores ^{5/}

JUAN PAULO RODRIGUEZ HERRERA.

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ

ARRIAGA PÉREZ MARÍA AYDÉ

NAVARRO

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

^{1/} Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

^{2/} Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

^{3/} Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

^{4/} Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

^{5/} Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

CENTRO DE CAPACITACIÓN DE TRABAJO EN ALTURA



NOM-009-STPS 2011 | ROHJ781116FD6-0005

DC-3
ANVERSO