

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

IBARRA MEDINA EDUARDO FABIAN

Clave Única de Registro de Población

I | A | M | E | 8 | 7 | 0 | 1 | 2 | 0 | H | A | S | B | D | D | 0 | 4

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

5.7

Puesto*

AUXILIAR SERVICIOS GENERALES.

DATOS DE LA EMPRESA

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

SANO INDUSTRIAL DE MEXICO

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

S | I | M | - | 9 | 0 | 0 | 8 | 3 | 1 | - | L | S | 2

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

CURSO: TRABAJO EN ALTURAS MODULO A

Duración en horas

7

Periodo de ejecución:

De

Año

2 | 0 | 2 | 5

Mes

1 | 0

Día

2 | 4

a

2 | 0 | 2 | 5

Año

1 | 0

Mes

2 | 4

Día

2 | 4

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.

JUAN JOSE CASTILLO VAZQUEZ

JOSE MANUEL LOPEZ RUVALCABA

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 CAPACITACION DE TRABAJO EN ALTURAS



NOM-009-STPS 2011 | ROHJ781116FD6-0005

DC-3
ANVERSO