

FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

RANGEL GUTIÉRREZ JOSÉ BERNABE

Clave Única de Registro de Población

R | A | G | B | 9 | 0 | 0 | 3 | 0 | 2 | H | A | S | N | T | R | 0 | 9

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

5.7

Puesto*

ESH ANALYST

DATOS DE LA EMPRESA

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

CONTINENTAL AUTOMOTIVE MAQUILA MEXICO

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

N | S | E | - | 0 | 6 | 0 | 5 | 2 | 5 | - | P | J | 1

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

CURSO: WORK AT HEIGHT & PARTNER RESCUE

Duración en horas

24

Periodo de ejecución:

De

Año

2 | 0 | 2 | 5

Mes

0 | 8

Día

2 | 6

a

2 | 0 | 2 | 5

Año

0 | 8

Mes

2 | 8

Día

2 | 8

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

JUAN PAULO RODRIGUEZ HERRERA.

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

MARIO ALBERTO TEJEDA FRANCO

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

CLAUDIA GUADALUPE SAUCEDO CHÁVEZ

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