

**FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES**

DATOS DEL TRABAJADOR

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

AGUILAR ESPIRICUETA JOSÉ DE JESÚS

Clave Única de Registro de Población

A | U | E | J | 8 | 1 | 0 | 7 | 2 | 5 | H | A | S | G | S | S | 0 | 4

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

4.5

Puesto*

I&C INTEGRATION & DELIVERY RAN SUPERVISOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

IBERICACOM TELECOM & COLSULTING S.A. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

I | T | A | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | - | T | F | 3

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 | 4

Mes

1 | 0

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

1 | 0

Día

1 | 1

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/}

ALIN GARCIA CRUZ

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

DIANA JESSICA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

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.

DC-3
ANVERSO

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS



NOM-009-STPS 2011 | ROHJ781116FD6-0005