

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

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MOTA AHUMADA HÉCTOR DAVID

Clave Única de Registro de Población

M | O | A | H | 7 | 4 | 1 | 2 | 0 | 9 | H | S | P | T | H | C | 0 | 0

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

4.1 Y 5.2

Puesto*

COORDINADOR SERVICIOS GENERALES, INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO

DATOS DE LA EMPRESA

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

ZOPPAS INDUSTRIAS DE MÉXICO S.A. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

Z | I | M | - | 9 | 9 | 0 | 4 | 2 | 2 | - | L | Y | 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

0 | 1

Día

2 | 7

a

Año

2 | 0 | 2 | 5

Mes

0 | 1

Día

2 | 7

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/}

FERNANDO URIEL RODRIGUEZ
CARREÓN

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

FLOR MARIANA VARGAS ALVARADO

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

CENTRO DE CAPACITACION DE TRABAJO EN ALTURAS



NOM-009-STPS 2011 | ROHJ781116FD6-0005