

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)): LOPEZ BACA JOSE PEDRO	
Clave Única de Registro de Población L O B P 9 5 0 2 2 5 H M C P C D 0 4	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/ 04.5 TELECOMUNICACIONES
Puesto*: IDC	

DATOS DE LA EMPRESA	
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)): GRUPO ALTERNATIVAS SOLUCIONE S.A DE C.V	
Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP): G A S 1 1 0 3 0 9 A A 5	

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO	
Nombre del curso: TRABAJOS EN ALTURAS	
Duración en horas 16 HRS.	Periodo de ejecución De 2 0 2 2 Año 2 0 2 2 Mes 6 Día 2 0 a 2 0 2 2 Año 2 0 2 2 Mes 6 Día 2 1
Área temática del curso 2/ 6000 SEGURIDAD	
Agente capacitador o STPS 3/ ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE CARK900304QWA0005	

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.

Capacitador ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE Nombre y firma	Patrón o representante legal 4/ SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO Nombre y firma	Representante de los trabajadores 5/ SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO 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 firmara el representante del patrón ante la comisión de capacitación.
 - 5/ Empresas con más de 50 trabajadores.
- *Dato no obligatorio.



FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)): LOPEZ BACA JOSE PEDRO	
Clave Única de Registro de Población L O B P 9 5 0 2 2 5 H M C P C D 0 4	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/: 04.5 TELECOMUNICACIONES
Puesto*: IDC	

DATOS DE LA EMPRESA	
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)): GRUPO ALTERNATIVAS SOLUCIONE S.A DE C.V	
Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP): G A S 1 1 0 3 0 9 A A 5	

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO	
Nombre del curso: USO Y MANEJO DE ESCALERAS CUERDAS Y NUDOS.	
Duración en horas 16 HRS.	Periodo de ejecución De 2 0 2 2 Año 2 0 2 2 Mes 0 6 Día 2 2 a 2 0 2 2 Año 2 0 2 2 Mes 0 6 Día 2 3
Área temática del curso 2/: 6000 SEGURIDAD	
Agente capacitador o STPS 3/: ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE CARK900304QWA0005	

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.

Capacitador ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE Nombre y firma	Patrón o representante legal 4/ SANTILLAN OLVERA ALAN CASTO Nombre y firma	Representante de los trabajadores 5/ SANTILLAN OLVERA ALAN CASTO 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 firmara el representante del patrón ante la comisión de capacitación.
 - 5/ Empresas con más de 50 trabajadores.
- *Dato no obligatorio.



FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR																			
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)): LOPEZ BACA JOSE PEDRO																			
Clave Única de Registro de Población						Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/:													
L	O	B	P	9	5	0	2	2	5	H	M	C	P	C	D	0	4	04.5 TELECOMUNICACIONES	
Puesto*: IDC																			

DATOS DE LA EMPRESA																			
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)): GRUPO ALTERNATIVAS SOLUCIONE S.A DE C.V																			
Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP):																			
G	A	S	1	1	0	3	0	9	A	A	5								

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO																				
Nombre del curso: TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS																				
Duración en horas 16 HRS.		Periodo de ejecución		Año		Mes		Día		Año		Mes		Día						
		De		2	0	2	2	0	6	2	6	a	2	0	2	2	0	6	2	7
Área temática del curso 2/: 6000 SEGURIDAD																				
Agente capacitador o STPS 3/: ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE CARK900304QWA0005																				

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

Capacitador ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE Nombre y firma	Patrón o representante legal 4/ SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO Nombre y firma	Representante de los trabajadores 5/ SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO 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 firmara el representante del patrón ante la comisión de capacitación.
 - 5/ Empresas con más de 50 trabajadores.
- *Dato no obligatorio.



FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)): LOPEZ BACA JOSE PEDRO	
Clave Única de Registro de Población L O B P 9 5 0 2 2 5 H M C P C D 0 4	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/: 04.5 TELECOMUNICACIONES
Puesto*: IDC	

DATOS DE LA EMPRESA	
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)): GRUPO ALTERNATIVAS SOLUCIONE S.A DE C.V	
Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP): G A S 1 1 0 3 0 9 A A 5	

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO	
Nombre del curso: TRABAJO SEGURO CON ENERGIA ELECTRICA	
Duración en horas 16 HRS.	Periodo de ejecución De 2 0 2 2 Año 2 0 2 2 Mes 0 6 Día 2 4 a 2 0 2 2 Año 2 0 2 2 Mes 0 6 Día 2 5
Área temática del curso 2/: 6000 SEGURIDAD	
Agente capacitador o STPS 3/: ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE CARK900304QWA0005	

<p>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.</p>		
 <p>Capacitador ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE Nombre y firma</p>	<p>Patrón o representante legal 4/ SANTI LAN OLVERA JIMCASTO Nombre y firma</p>	<p>Representante de los trabajadores 5/ SANTI LAN OLVERA JIMCASTO Nombre y firma</p>

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 firmara el representante del patrón ante la comisión de capacitación.
 - 5/ Empresas con más de 50 trabajadores.
- *Dato no obligatorio.

