

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

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)): <b>SANCHEZ QUINTERO FERNANDO</b>	
Clave Única de Registro de Población <b>S   A   Q   F   9   6   0   9   0   8   H   H   G   N   N   R   0   4</b>	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/ : <b>04.5 TELECOMUNICACIONES</b>
Puesto* : <b>IDC</b>	

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

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO	
Nombre del curso: <b>TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS</b>	
Duración en horas <b>16 HRS.</b>	Periodo de ejecución De <b>2   0   2   2</b> Año <b>2   0   7</b> Mes <b>3   1</b> Día <b>a   2   0   2   2</b> Año <b>0   6</b> Mes <b>0</b> Día <b>1</b>
Área temática del curso 2/ : <b>6000 SEGURIDAD</b>	
Agente capacitador o STPS 3/ : <b>ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE CARK900304QWA0005</b>	

	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.	
	Patrón o representante legal 4/	Representante de los trabajadores 5/
	<b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b>	<b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b>
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](http://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](http://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)): <b>SANCHEZ QUINTERO FERNANDO</b>	
Clave Única de Registro de Población <b>S   A   Q   F   9   6   0   9   0   8   H   H   G   N   N   R   0   4</b>	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/ : <b>04.5 TELECOMUNICACIONES</b>
Puesto* : <b>IDC</b>	

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

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO													
Nombre del curso: <b>TRABAJOS EN ALTURAS</b>													
Duración en horas <b>16 HRS.</b>	Periodo de ejecución De <table border="1"> <tr> <td>Año</td> <td>Mes</td> <td>Día</td> </tr> <tr> <td>2   0   2   2</td> <td>0   7</td> <td>2   5</td> </tr> </table> a <table border="1"> <tr> <td>Año</td> <td>Mes</td> <td>Día</td> </tr> <tr> <td>2   0   2   2</td> <td>0   7</td> <td>2   6</td> </tr> </table>	Año	Mes	Día	2   0   2   2	0   7	2   5	Año	Mes	Día	2   0   2   2	0   7	2   6
Año	Mes	Día											
2   0   2   2	0   7	2   5											
Año	Mes	Día											
2   0   2   2	0   7	2   6											
Área temática del curso 2/ : <b>6000 SEGURIDAD</b>													
Agente capacitador o STPS 3/ : <b>ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE CARK900304QWA0005</b>													

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.

	Patrón o representante legal 4/	Representante de los trabajadores 5/
	<b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b>	<b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b>
	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](http://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](http://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.



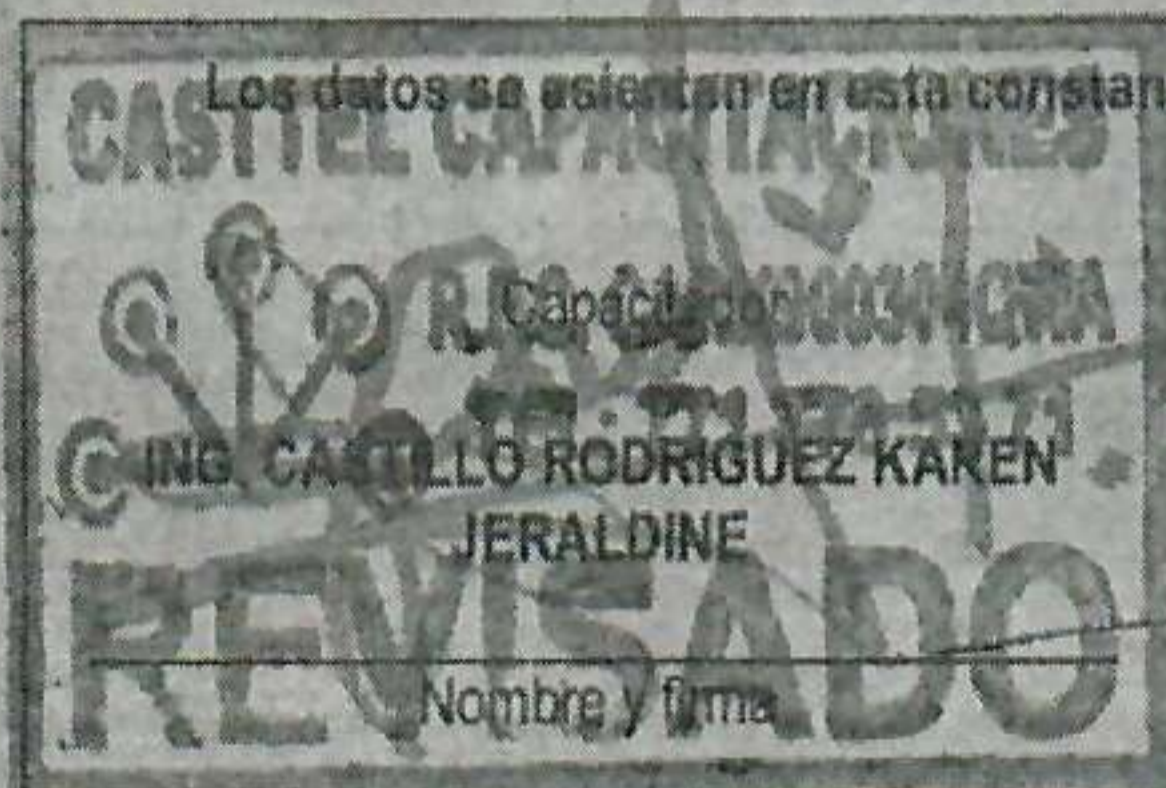


**FORMATO DC-3**  
**CONSTANCIA DE HABILIDADES LABORALES**

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)): <b>SANCHEZ QUINTERO FERNANDO</b>	
Clave Única de Registro de Población <b>S   A   Q   F   9   6   0   9   0   8   H   H   G   N   N   R   0   4</b>	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/: <b>04.5 TELECOMUNICACIONES</b>
Puesto*: <b>IDC</b>	

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

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO													
Nombre del curso: <b>USO Y MANEJO DE ESCALERAS CUERDAS Y NUDOS</b>													
Duración en horas <b>16 HRS.</b>	Periodo de ejecución De <table border="1"> <tr> <td>Año</td> <td>Mes</td> <td>Día</td> <td>Año</td> <td>Mes</td> <td>Día</td> </tr> <tr> <td>2   0   2   2</td> <td>0   7</td> <td>2   7</td> <td>a   2   0   2   2</td> <td>0   7</td> <td>2   8</td> </tr> </table>	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	2   0   2   2	0   7	2   7	a   2   0   2   2	0   7	2   8
Año	Mes	Día	Año	Mes	Día								
2   0   2   2	0   7	2   7	a   2   0   2   2	0   7	2   8								
Área temática del curso 2/: <b>6000 SEGURIDAD</b>													
Agente capacitador o STPS 3/: <b>ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE CARK900304QWA0005</b>													

	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.	
	Patrón o representante legal 4/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b>	Representante de los trabajadores 5/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b>
	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](http://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](http://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)): <b>SANCHEZ QUINTERO FERNANDO</b>	
Clave Única de Registro de Población <b>S   A   Q   F   9   6   0   9   0   8   H   H   G   N   N   R   0   4</b>	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/: <b>04.5 TELECOMUNICACIONES</b>
Puesto*: <b>IDC</b>	

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

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO													
Nombre del curso: <b>TRABAJO SEGURO CON ENERGIA ELECTRICA</b>													
Duración en horas <b>16 HRS.</b>	Periodo de ejecución De <table border="1"> <tr> <td>Año</td> <td>Mes</td> <td>Día</td> </tr> <tr> <td>2   0   2   2</td> <td>0   7</td> <td>2   9</td> </tr> </table> a <table border="1"> <tr> <td>Año</td> <td>Mes</td> <td>Día</td> </tr> <tr> <td>2   0   2   2</td> <td>0   7</td> <td>3   0</td> </tr> </table>	Año	Mes	Día	2   0   2   2	0   7	2   9	Año	Mes	Día	2   0   2   2	0   7	3   0
Año	Mes	Día											
2   0   2   2	0   7	2   9											
Año	Mes	Día											
2   0   2   2	0   7	3   0											
Área temática del curso 2/: <b>6000 SEGURIDAD</b>													
Agente capacitador o STPS 3/: <b>ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE CARK900304QWA0005</b>													

	Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, aperturados de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.	
	Patrón o representante legal 4/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b>	Representante de los trabajadores 5/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b>
	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](http://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](http://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.

