

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)): VILLAZANA VALENCIA LUIS ROBERTO	
Clave Única de Registro de Población V I V L 9 8 0 7 1 8 H H G L L S 0 5	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: TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS													
Duración en horas 16 HRS.	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>1 0</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>1 1</td> </tr> </table>	Año	Mes	Día	2 0 2 2	0 7	1 0	Año	Mes	Día	2 0 2 2	0 7	1 1
Año	Mes	Día											
2 0 2 2	0 7	1 0											
Año	Mes	Día											
2 0 2 2	0 7	1 1											
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>Patrón o representante legal 4/ SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</p>	<p>Representante de los trabajadores 5/ SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</p>	
<p>Nombre y firma</p>	<p>Nombre y firma</p>	<p>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.sps.gob.mx
 - 2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.sps.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)): VILLAZANA VALENCIA LUIS ROBERTO	
Clave Única de Registro de Población V I V L 9 8 0 7 1 8 H H G L L S 0 5	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 EN ALTURAS													
Duración en horas 16 HRS.	Período de ejecución	De	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día				
			2 0 2 2	0 7	0 4		2 0 2 2	0 7	0 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/ SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO Nombre y firma</p>	<p>Representante de los trabajadores 5/ SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO 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.



FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)): VILLAZANA VALENCIA LUIS ROBERTO	
Clave Única de Registro de Población V I V L 9 8 0 7 1 8 H H G L L S 0 5	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 <table border="1"> <tr> <td>Año</td> <td>Mes</td> <td>Día</td> </tr> <tr> <td>2 0 2 2</td> <td>0 7 0</td> <td>6</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 0</td> <td>7</td> </tr> </table>	Año	Mes	Día	2 0 2 2	0 7 0	6	Año	Mes	Día	2 0 2 2	0 7 0	7
Año	Mes	Día											
2 0 2 2	0 7 0	6											
Año	Mes	Día											
2 0 2 2	0 7 0	7											
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</p>	<p>Patrón o representante legal 4/ SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</p>	<p>Representante de los trabajadores 5/ SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</p>
<p>Nombre y firma</p>	<p>Nombre y firma</p>	<p>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.



FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)). VILLAZANA VALENCIA LUIS ROBERTO	
Clave Única de Registro de Población V I V L 9 8 0 7 1 8 H H G L L S 0 5	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 0 7 0 8 a 2 0 2 2 0 7 0 9
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.

