



GAS-220509-1

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

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)): <b>RANGEL FONSECA ALEXANDER</b>	
Clave Única de Registro de Población <b>R   A   F   A   9   1   0   7   2   9   H   M   C   N   N   L   0   7</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 EN ALTURAS</b>	
Duración en horas <b>16 HRS.</b>	Periodo de ejecución De <b>2   0   2   2</b> Año <b>0   5</b> Mes <b>0   9</b> Día <b>a</b> <b>2   0   2   2</b> Año <b>0   5</b> Mes <b>1</b> Día <b>0</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/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b> Nombre y firma	Representante de los trabajadores 5/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b> Nombre y firma
---	---	--

**INSTRUCCIONES**

- Llenar a máquina o con letra de molde.
  - Deben 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>RANGEL FONSECA ALEXANDER</b>	
Clave Única de Registro de Población <b>R   A   F   A   9   1   0   7   2   9   H   M   C   N   N   L   0   7</b>	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/ <b>04.5 TELECOMUNICACIONES</b>
Puesto*: IDC	

DATOS DE LA EMPRESA	
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)): <b>GRUPO ALTERNATIVAS SOLUCIONES 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   5</b> Mes <b>1   5</b> Día <b>a</b> <b>2   0   2   2</b> Año <b>2   0   5</b> Mes <b>1</b> Día <b>6</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.

Capacitador <b>ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE</b> Nombre y firma	Patrón o representante legal 4/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b> Nombre y firma	Representante de los trabajadores 5/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b> 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 firmará 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>RANGEL FONSECA ALEXANDER</b>	
Clave Unica de Registro de Población <b>R A F A 9 1 0 7 2 9 H M C N N L 0 7</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	2	0	2	2	0	5	1	3	a	2	0	2	2	0	5	1	4
Area 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.

 <p>Capacitador <b>ING. CASTILLO RODRIGUEZ KAREN JERALDINE</b> Nombre y firma</p>	Patrón o representante legal 4/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b> Nombre y firma	Representante de los trabajadores 5/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b> Nombre y firma
--	---	--

**INSTRUCCIONES**

- Llenar a máquina o con letra de molde.
  - Deben 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 patron 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>RANGEL FONSECA ALEXANDER</b>	
Clave Única de Registro de Población <b>R   A   F   A   9   1   0   7   2   9   H   M   C   N   N   L   0   7</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 SOLUCIONES 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 <b>2   0   2   2   0   5   1   1</b> a <b>2   0   2   2   0   5   1   2</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/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b> Nombre y firma	Representante de los trabajadores 5/ <b>SANTILLAN OLVERA JUAN CASTO</b> 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 firmará el representante del patrón ante la comisión de capacitación.
  - 5/ Empresas con más de 50 trabajadores.
- \*Dato no obligatorio.

