



FOLIO: 120240289

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JIMENEZ MAY JOAHAN

Clave Única de Registro de Población

J | I | M | J | 9 | 8 | 0 | 9 | 0 | 4 | H | O | C | M | Y | H | 0 | 6

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

6.5 Servicios de apoyo

Puesto*

MONTACARGUISTA

DATOS DE LA EMPRESA

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

PEOPLE CARE SA DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

P | C | A | 0 | - | 3 | 0 | 2 | 1 | 8 | B | - | H | 1 | |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

SEGURIDAD EN EL MANEJO DE MONTACARGAS

Duración en horas

4 Hrs

Periodo de ejecución: De

2

Año

0

Mes

1

Día

0

8

Año

2

Mes

5

Día

0

8

Área temática del curso ^{2/}

6000 Seguridad

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}

JOSUE ALEJANDRO TOLEDO MOGUEL /Reg. TOMJ840416 7D5 -005

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


 JOSUE ALEJANDRO TOLEDO MOGUEL /Reg.
 TOMJ840416 7D5 -005

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

 Eric malo camacho

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

 itzia sanchez sanchez

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