



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

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
RIVERA CRUZ LUIS ENRIQUE

Clave Única de Registro de Población

R | I | C | L | 9 | 8 | 0 | 4 | 2 | 9 | H | P | L | V | R | S | 0 | 5

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

03.4

Puesto*

SOBRESTANTE

DATOS DE LA EMPRESA

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

MMC INTERACCIONES SA DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

M | I | N | - | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 3 | - | T | F | 9 |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

NOM-017-STPS-2008 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL-SELECCIÓN, USO Y MANEJO EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Duración en horas

8

Periodo de
ejecución:

De

Año

2 | 0 | 2 | 2

Mes

0 | 8

Día

1 | 0

a

Año

2 | 0 | 2 | 2

Mes

0 | 8

Día

1 | 0

Área temática del curso ^{2/}

6000

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO REGISTRO STPS: HERM-901010-C85-0005

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

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ
ROMERO

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

MARIO MARTÍNEZ CASTRO

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

GUSTAVO OLMEDO CASTRO

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



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

DATOS DEL TRABAJADOR

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

RIVERA BARRAGÁN ERIK ABRAHAM

Clave Única de Registro de Población

R I B E 9 4 1 0 0 9 H M C V R R 0 5

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

03.4

Puesto*

RESIDENTE

DATOS DE LA EMPRESA

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

MMC INTERACCIONES SA DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

M I N - 1 5 1 0 1 3 - T F 9

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

NOM-017-STPS-2008 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL-SELECCIÓN, USO Y MANEJO EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Duración en horas

8

Periodo de
ejecución: De

Año

2 0 2 2

Mes

0 8

Día

1 0

a

2 0 2 2

Año

0 8

Mes

0 8

Día

1 0

Área temática del curso ^{2/}

6000

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO REGISTRO STPS: HERM-901010-C85-0005

**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

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ
ROMERO

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

MARIO MARTÍNEZ CASTRO

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

GUSTAVO OLMEDO CASTRO

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.



FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
RAMÍREZ MARTÍNEZ JESÚS MARTÍN

Clave Única de Registro de Población
R A M J 9 9 0 3 3 1 H M C M R S 0 3
Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}
03.4

Puesto*
SOBRESTANTE

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
MMC INTERACCIONES SA DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

M I N - 1 5 1 0 1 3 - T F 9

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

NOM-017-STPS-2008 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL-SELECCIÓN, USO Y MANEJO EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Duración en horas
8
Periodo de ejecución: De 2 0 2 2 0 8 1 0 a 2 0 2 2 0 8 1 0
Año Mes Día Año Mes Día

Área temática del curso ^{2/}

6000

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO REGISTRO STPS: HERM-901010-C85-0005

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

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

MARIO MARTÍNEZ CASTRO

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

GUSTAVO OLMEDO CASTRO

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.



FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
RAMÍREZ HERNÁNDEZ MARTÍN

Clave Única de Registro de Población

R | A | H | M | 7 | 7 | 0 | 1 | 3 | 0 | H | D | F | M | R | R | 0 | 1

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

03.4

Puesto*

SOBRESTANTE

DATOS DE LA EMPRESA

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

MMC INTERACCIONES SA DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

M | I | N | - | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 3 | - | T | F | 9

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

NOM-017-STPS-2008 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL-SELECCIÓN, USO Y MANEJO EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Duración en horas

8

Periodo de ejecución:

De

2

0

2

2

0

8

1

0

a

2

0

2

2

0

8

1

0

Área temática del curso ^{2/}

6000

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO REGISTRO STPS: HERM-901010-C85-0005

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

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

MARIO MARTÍNEZ CASTRO

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

GUSTAVO OLMEDO CASTRO

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.



FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
OLMEDO CASTRO GUSTAVO

Clave Única de Registro de Población
O E C G 6 8 0 5 2 0 H D F L S S 0 2

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}
03.4

Puesto*
SUPERINTENDENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
MMC INTERACCIONES SA DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

M I N - 1 5 1 0 1 3 - T F 9

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
NOM-017-STPS-2008 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL-SELECCIÓN, USO Y MANEJO EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Duración en horas	Periodo de ejecución:	De	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día
8		De	2 0 2 2	0 8	1 0	a	2 0 2 2	0 8 1 0

Área temática del curso ^{2/}

6000

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO REGISTRO STPS: HERM-901010-C85-0005

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

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

MARIO MARTÍNEZ CASTRO

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

GUSTAVO OLMEDO CASTRO

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.



FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
MEZA GONZÁLEZ ALEXIS ALAN

Clave Única de Registro de Población
M | E | G | A | 9 | 4 | 0 | 8 | 2 | 2 | H | D | F | Z | N | L | 0 | 4

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}
03.4

Puesto*
SUPERINTENDENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
MMC INTERACCIONES SA DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

M | I | N | - | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 3 | - | T | F | 9

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
NOM-017-STPS-2008 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL-SELECCIÓN, USO Y MANEJO EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Duración en horas	Periodo de ejecución:	De	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día
8		De	2 0 2 2	0 8	1 0	a	2 0 2 2	0 8 1 0

Área temática del curso ^{2/}

6000

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO REGISTRO STPS: HERM-901010-C85-0005

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

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

MARIO MARTÍNEZ CASTRO

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

GUSTAVO OLMEDO CASTRO

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.



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

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
MARTÍNEZ CASTRO MARIO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}
M A C M 6 7 0 8 1 3 H D F R S R 0 5	03.4

Puesto*
SUPERINTENDENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
MMC INTERACCIONES SA DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

M | I | N | - | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 3 | - | T | F | 9

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
NOM-017-STPS-2008 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL-SELECCIÓN, USO Y MANEJO EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día
8	De	2 0 2 2	0 8	1 0	a	2 0 2 2	0 8 1 0

Área temática del curso ^{2/}
6000

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}
MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO REGISTRO STPS: HERM-901010-C85-0005

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

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

MARIO MARTÍNEZ CASTRO

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

GUSTAVO OLMEDO CASTRO

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.



FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
MARTÍNEZ ALVARADO URBANO

Clave Única de Registro de Población

M A A U 6 8 0 5 2 8 H D F R L R 0 9

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

03.4

Puesto*

SOBRESTANTE

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
MMC INTERACCIONES SA DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

M I N - 1 5 1 0 1 3 - T F 9

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

NOM-017-STPS-2008 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL-SELECCIÓN, USO Y MANEJO EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Duración en horas

8

Periodo de ejecución:

De

Año

Mes

Día

Año

Mes

Día

Área temática del curso ^{2/}

6000

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO REGISTRO STPS: HERM-901010-C85-0005

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

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

MARIO MARTÍNEZ CASTRO

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

GUSTAVO OLMEDO CASTRO

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



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

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MARTÍNEZ ALVARADO MAURO

Clave Única de Registro de Población

M | A | A | M | 7 | 8 | 1 | 2 | 2 | 2 | H | P | L | R | L | R | 0 | 8

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

03.4

Puesto*

SOBRESTANTE

DATOS DE LA EMPRESA

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

MMC INTERACCIONES SA DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

M | I | N | - | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 3 | - | T | F | 9

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

NOM-017-STPS-2008 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL-SELECCIÓN, USO Y MANEJO EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Duración en horas

8

Periodo de ejecución:

De 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 8 | 1 | 0 | a | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 8 | 1 | 0

Área temática del curso ^{2/}

6000

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO REGISTRO STPS: HERM-901010-C85-0005

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

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

MARIO MARTÍNEZ CASTRO

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

GUSTAVO OLMEDO CASTRO

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.



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

DATOS DEL TRABAJADOR

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

GONZÁLEZ CRUZ OSCAR

Clave Única de Registro de Población

G O C O 7 1 0 5 2 4 H D F N R S 0 7

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

03.4

Puesto*

SUPERINTENDENTE

DATOS DE LA EMPRESA

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

MMC INTERACCIONES SA DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

M I N - 1 5 1 0 1 3 - T F 9

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

NOM-017-STPS-2008 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL-SELECCIÓN, USO Y MANEJO EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Duración en horas

8

Período de ejecución:

De

Año

2 0 2 2

Mes

0 8

Día

1 0

a

Año

2 0 2 2

Mes

0 8

Día

1 0

Área temática del curso ^{2/}

6000

Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO REGISTRO STPS: HERM-901010-C85-0005

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

Instructor o tutor

MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ ROMERO

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

MARIO MARTÍNEZ CASTRO

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

GUSTAVO OLMEDO CASTRO

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