

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ROSALES MARTINEZ ALAN RAMON

Clave Única de Registro de Población*

R | O | M | A | 9 | 5 | 0 | 6 | 2 | 3 | H | M | C | S | R | L | 0 | 3

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

TECHNICIAN, TOOLING

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

GAYOSSO MUÑOZ ALEJANDRO

Clave Única de Registro de Población*

G | A | M | A | 9 | 7 | 0 | 1 | 0 | 2 | H | P | L | Y | X | L | 0 | 6

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

SUPERVISOR, PRODUCTION

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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 firmará 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))

ESPINOZA ANTUNES ANGEL

Clave Única de Registro de Población*

E | I | A | A | 9 | 4 | 0 | 3 | 0 | 7 | H | P | L | S | N | N | 0 | 8

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

TECHNICIAN, MAINTENANCE

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

REYES VICTORIA ANGEL DAVID

Clave Única de Registro de Población*

R | E | V | A | 9 | 5 | 0 | 9 | 3 | 0 | H | P | L | Y | C | N | 0 | 0

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

OPERATOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

DIAZ PEREZ ARMANDO

Clave Única de Registro de Población*

D | I | P | A | 7 | 4 | 0 | 8 | 1 | 9 | H | P | L | Z | R | R | 0 | 5

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

TOOLING TECHNICIAN

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

SANDOVAL HERNANDEZ BEATRIZ ADRIANA

Clave Única de Registro de Población*

S | A | H | B | 9 | 1 | 0 | 6 | 0 | 5 | M | G | T | N | R | T | 0 | 6

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

PSICOLOGO

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

| F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8 |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

PEREZ VAZQUEZ DANIELA LOURDES

Clave Única de Registro de Población*

P | E | V | D | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | M | P | L | R | Z | N | 1 | 6

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

EHS HEAD

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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 firmará 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))

JURADO MARGARITO DAVID ALEJANDRO

Clave Única de Registro de Población*

J | U | M | D | 9 | 9 | 0 | 1 | 0 | 1 | H | P | L | R | R | V | 0 | 9

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

OPERATOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

| F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8 |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

AGUILAR ZAYAS ENRIQUE

Clave Única de Registro de Población*

A | U | Z | E | 7 | 7 | 0 | 9 | 2 | 1 | H | P | L | G | Y | N | 0 | 7

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

OPERATOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

PEREZ SUMANO FERNANDO

Clave Única de Registro de Población*

P | E | S | F | 7 | 3 | 0 | 7 | 1 | 2 | H | P | L | R | M | R | 0 | 7

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

ANALYST, INVENTORY

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

CASTRO HERNANDEZ FRANCISCO JAVIER

Clave Única de Registro de Población*

C | A | H | F | 9 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | H | P | L | S | R | R | 0 | 0

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

TECHNICIAN, MAINTENANCE

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

| F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8 |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

JUAREZ DOMINGUEZ HILDA

Clave Única de Registro de Población*

J | U | D | H | 7 | 9 | 0 | 1 | 2 | 8 | M | P | L | R | M | L | 0 | 5

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

OPERATOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

RODRIGUEZ GONZALEZ HUGO

Clave Única de Registro de Población*

R | O | G | H | 8 | 3 | 0 | 8 | 1 | 8 | H | P | L | D | N | G | 0 | 0

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

TECHNICIAN, MAINTENANCE

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

FUENTES CORTES HUMBERTO

Clave Única de Registro de Población*

F | U | C | H | 8 | 4 | 0 | 3 | 3 | 1 | H | P | L | N | R | M | 0 | 3

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

COORDINATOR, MAINTENANCE

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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 firmará 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))

SANTANA ROMERO IRWIN ALEJANDRO

Clave Única de Registro de Población*

S | A | R | I | 9 | 5 | 0 | 3 | 0 | 4 | H | P | L | N | M | R | 0 | 9

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

OPERATOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

| F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8 |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

CORDERO VALERIANO IVAN

Clave Única de Registro de Población*

C | O | V | I | 8 | 9 | 0 | 1 | 1 | 7 | H | T | L | R | L | V | 0 | 2

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

MAINTENANCE TECHNICIAN

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))
PEREZ ROMERO JAQUELINE

Clave Única de Registro de Población*

P | E | R | J | 9 | 6 | 0 | 4 | 0 | 2 | M | P | L | R | M | Q | 1 | 0

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
05

Puesto*

DOCTORA SERVICIO MEDICO

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))
TORRES GUZMAN JESUS

Clave Única de Registro de Población*

T | O | G | J | 9 | 0 | 0 | 5 | 0 | 9 | H | P | L | R | Z | S | 0 | 7

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
05

Puesto*

OPERATOR

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

TORRUCO ABASOLO JOSE ADELFO

Clave Única de Registro de Población*

T | O | A | A | 9 | 4 | 1 | 1 | 0 | 5 | H | P | L | R | B | D | 0 | 2

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

QUALITY AUDITOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

DIAZ DONADO JOSE FELIX

Clave Única de Registro de Población*

D | I | D | F | 9 | 3 | 0 | 5 | 1 | 3 | H | P | L | Z | N | L | 0 | 1

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

AUDITOR, QUALITY

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

AGUILAR ARENAS JOSE MANUEL

Clave Única de Registro de Población*

A | U | A | M | 8 | 6 | 0 | 8 | 1 | 9 | H | D | F | G | R | N | 0 | 6

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

OPERATOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

| F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8 |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

PICAZO GONZALEZ JOSE RAFAEL

Clave Única de Registro de Población*

P | I | G | R | 9 | 9 | 0 | 8 | 0 | 5 | H | P | L | C | N | F | 0 | 3

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

AUDITOR QUALITY

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

VICENTE TELLEZ JOSE RAFAEL

Clave Única de Registro de Población*

V | I | T | R | 8 | 8 | 0 | 6 | 0 | 8 | H | P | L | C | L | F | 0 | 1

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

DOCTOR SERVICIO MEDICO

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

| F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8 |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

LOPEZ GARCIA JUAN CARLOS

Clave Única de Registro de Población*

L | O | G | J | 8 | 4 | 0 | 4 | 3 | 0 | H | P | L | P | R | N | 0 | 3

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

TECHNICIAN, MAINTENANCE

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

HERNANDEZ FLORES JUAN DAVID

Clave Única de Registro de Población*

H | E | F | J | 7 | 3 | 0 | 4 | 0 | 8 | H | P | L | R | L | N | 0 | 1

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

SUPERVISOR, PRODUCTION

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

ESPINAL CARVENTE LETICIA

Clave Única de Registro de Población*

E | I | C | L | 9 | 4 | 0 | 4 | 0 | 2 | M | P | L | S | R | T | 0 | 4

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

OPERATOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

CHAVARRIA RUIZ LEVI

Clave Única de Registro de Población*

C | A | R | L | 7 | 6 | 1 | 0 | 2 | 6 | H | P | L | H | Z | V | 0 | 0

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

SUPERVISOR, PRODUCTION

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

| F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8 |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

MALDONADO GONZALEZ LOURDES

Clave Única de Registro de Población*

M | A | G | L | 7 | 5 | 0 | 8 | 1 | 6 | M | P | L | L | N | R | 0 | 3

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

DOCTOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

| F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8 |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

CONDADO PEREZ MARCO ANTONIO

Clave Única de Registro de Población*

C | O | P | M | 8 | 0 | 0 | 9 | 0 | 4 | H | P | L | N | R | R | 0 | 1

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

SUPERVISOR, PRODUCTION

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

RODRIGUEZ BAEZ MARIANA GUADALUPE

Clave Única de Registro de Población*

R | O | B | M | 9 | 4 | 1 | 2 | 2 | 9 | M | P | L | D | Z | R | 0 | 5

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

MAINTENANCE TECHNICIAN

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

LOPEZ GONZALEZ SAUL

Clave Única de Registro de Población*

L | O | G | S | 9 | 6 | 0 | 2 | 1 | 9 | H | D | F | P | N | L | 0 | 7

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

ENGINEER, QUALITY

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

LOPEZ ZAVALA SERGIO ALEJANDRO

Clave Única de Registro de Población*

L | O | Z | S | 9 | 8 | 0 | 7 | 0 | 4 | H | P | L | P | V | R | 0 | 7

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

OPERATOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

ANDRADE GARCIA THANIA HORTENCIA

Clave Única de Registro de Población*

A | A | G | T | 9 | 3 | 0 | 8 | 2 | 2 | M | P | L | N | R | H | 0 | 1

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

DOCTOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

| F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8 |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

MELLO ESPEJEL VALERIA

Clave Única de Registro de Población*

M | E | E | V | 7 | 8 | 0 | 4 | 1 | 4 | M | P | L | L | S | L | 0 | 2

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

OPERATOR

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

| F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8 |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Perido de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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))

FIGUEROA CHAVEZ VICTOR HUGO

Clave Única de Registro de Población*

F | I | C | V | 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 9 | H | P | L | G | H | C | 0 | 2

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/

05

Puesto*

ANALYST, ENGINEERING

DATOS DE LA EMPRESA

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

FEDERAL MOGUL, S. DE R.L. DE C.V.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

F | M | O | - | 7 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | - | J | Q | 8

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

FORMACION DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

13 HORAS

Período de

ejecución: De

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 1

a

Año

2 | 0 | 2 | 4

Mes

0 | 5

Día

1 | 3

Área temática del curso 2/

SALUD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

HECTOR GALLARDO AVILA GAAH7003213C1-0005

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

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores 5/

HECTOR GALLARDO AVILA

MARIAN LÓPEZ CASO

MARIANA ALEJANDRA BAUTISTA
HERNANDEZ

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

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.