



CONSTANCIA DE HABILIDADES LABORALES Formato DC-3

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre) ALMONAZI PUENTE JESUS EDUARDO	
Registro Federal de Contribuyentes (SHCP) AOPJ080323JIB	Puesto TECNICO

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre) SALAS MENDOZA ALEJANDRA	
Registro Federal de Contribuyentes (SHCP) SAMA-710803-QN3	Registro patronal del I.M.S.S. B52-33824-10-7
Actividad giro principal SERVICIOS URBANOS DE FUMIGACION, DESINFECCION Y CONTROL DE PLAGAS	

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO

Nombre del programa o curso BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA																						
Duración en horas 3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">Periodo de ejecución</th> <th style="text-align: center;">De</th> <th style="text-align: center;">Año</th> <th style="text-align: center;">Mes</th> <th style="text-align: center;">Día</th> <th style="text-align: center;">a</th> <th style="text-align: center;">Año</th> <th style="text-align: center;">Mes</th> <th style="text-align: center;">Día</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">26</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">26</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table>	Periodo de ejecución	De	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día	20	26	0	5	0	4	20	26	0	5	0	4
Periodo de ejecución	De	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día														
20	26	0	5	0	4	20	26	0	5	0	4											
Nombre del agente capacitador ALEJANDRA SALAS MENDOZA																						
Nombre y firma del instructor ALEJANDRA SALAS MENDOZA <i>Salas A</i>																						

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

Representante de los trabajadores
ante la comisión mixta de capacitación

Helela C. L.

Nombre y firma

Representante de la empresa
ante la comisión mixta de capacitación

Salas A

Nombre y firma

NOTAS

- 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.
- La empresa o patrón deberá conservar copia de las constancias relacionadas en la última lista de constancias presentada ante la autoridad laboral en el formato DC-4.

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto al trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención Telefónica a la Ciudadanía (SACTEL) a los Teléfonos 54-80-20-00 en el D.F. y área metropolitana; del interior de la República sin costo para el usuario al 01-800-00114800, o al 18888-594-3372 desde los Estados Unidos y Canadá.

Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación al Teléfono 3000-3500 extensión 3526.

Para quejas comunicarse al número telefónico del Órgano Interno de Control en la STPS al (55) 56-44-74-15.