



## CONSTANCIA DE HABILIDADES LABORALES Formato DC-3

### DATOS DEL TRABAJADOR

|                                                                                                   |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre)<br><b>LOPEZ MENDEZ DANIEL NEFTALI</b> |                                     |
| Registro Federal de Contribuyentes (SHCP)<br><b>LOMD950123HGTPNN02</b>                            | Puesto<br><b>SUPERVISOR TECNICO</b> |

### DATOS DE LA EMPRESA

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

### DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO

|                                                                       |                            |                  |                  |                 |                 |                 |                 |   |                  |                  |                 |                 |                 |                 |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Nombre del programa o curso<br><b>BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA</b> |                            |                  |                  |                 |                 |                 |                 |   |                  |                  |                 |                 |                 |                 |
| Duración en horas<br><b>3</b>                                         | Periodo de ejecución<br>De | Año<br><b>20</b> | Mes<br><b>24</b> | Día<br><b>1</b> | Mes<br><b>2</b> | Día<br><b>2</b> | Año<br><b>6</b> | a | Año<br><b>20</b> | Mes<br><b>24</b> | Día<br><b>1</b> | Mes<br><b>2</b> | Día<br><b>2</b> | Año<br><b>6</b> |
| Nombre del agente capacitador<br><b>ALEJANDRA SALAS MENDOZA</b>       |                            |                  |                  |                 |                 |                 |                 |   |                  |                  |                 |                 |                 |                 |
| Nombre y firma del instructor<br><b>ALEJANDRA SALAS MENDOZA</b>       |                            |                  |                  |                 |                 |                 |                 |   |                  |                  |                 |                 |                 |                 |

**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

Nombre y firma

Representante de la empresa  
ante la comisión mixta de capacitación

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.

DC-3 ANVERSO