



## CONSTANCIA DE HABILIDADES LABORALES

### Formato DC-3

#### DATOS DEL TRABAJADOR

|                                                             |                |
|-------------------------------------------------------------|----------------|
| Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre) |                |
| <b>CRUZ ALMONACI JAIRO OCTAVIO</b>                          |                |
| Registro Federal de Contribuyentes (SHCP)                   | Puesto         |
| <b>CUAJ001023HGTRLRA7</b>                                   | <b>TECNICO</b> |

#### DATOS DE LA EMPRESA

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

#### DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO

|                                           |                      |    |           |           |          |          |          |          |          |           |           |          |          |
|-------------------------------------------|----------------------|----|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|----------|
| Nombre del programa o curso               |                      |    |           |           |          |          |          |          |          |           |           |          |          |
| <b>MANEJO Y APLICACION DE PLAGUICIDAS</b> |                      |    |           |           |          |          |          |          |          |           |           |          |          |
| Duración en horas                         | Periodo de ejecución | De | Año       | Mes       | Día      |          | Año      | Mes      | Día      |           |           |          |          |
| <b>3</b>                                  |                      |    | <b>20</b> | <b>24</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>2</b> | <b>8</b> | <b>a</b> | <b>20</b> | <b>24</b> | <b>1</b> | <b>2</b> |
| Nombre del agente capacitador             |                      |    |           |           |          |          |          |          |          |           |           |          |          |
| <b>ALEJANDRA SALAS MENDOZA</b>            |                      |    |           |           |          |          |          |          |          |           |           |          |          |
| Nombre y firma del instructor             |                      |    |           |           |          |          |          |          |          |           |           |          |          |
| <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