



# LA SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

SECRETARÍA DEL TRABAJO  
Y PREVISIÓN SOCIAL.



Otorga la presente

**CONSTANCIA**

a:

**FRATERNIDAD MIGRATORIA, A.C.**

Como agente capacitador externo, con el número de registro:

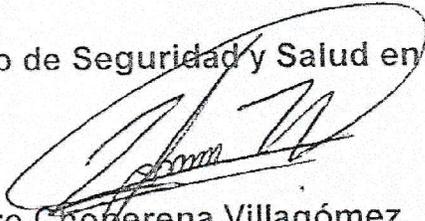
**FMI-111006-4Q2-0013**

Para impartir los cursos de capacitación y adiestramiento señalados en su solicitud de fecha 25 de Agosto de 2016, mismo que pueden consultarse en [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx).

Lo anterior, en virtud de haber cubierto los requisitos establecidos en los artículos 153-A, tercer párrafo y 153-G de la Ley Federal del Trabajo, Artículos 15, 16, 17, 20, 22 y 23 del Acuerdo por el que se dan a conocer los criterios administrativos, requisitos y formatos para realizar los trámites y solicitar los servicios en materia de capacitación, adiestramiento y productividad de los trabajadores, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de junio de 2013.

México, D.F. 26 de Agosto de 2016.

Jefe de Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo

  
Ing. Arturo Choperena Villagómez

El registro asignado a través de esta constancia no otorga valor curricular o académico a los programas y/o cursos autorizados y su calidad depende exclusivamente del agente capacitador externo.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Formato DC- 5  
Solicitud de registro de agente capacitador externo

Homoclave del formato: DC-5  
 Fecha de publicación del formato en el DOF: 28 12 2015  
 Número de Autorización y/o Registro: FMI111006-4Q2-0013

Datos del solicitante

Denominación Razón Social: **Fraternidad Migratoria A.C.**  
 Registro federal de contribuyentes con homoclave (SHCP): **FMI1110064Q2**  
 Registro Patronal del IMSS: **Clave Única de Registro de Población C.U.R.P. (Encasodepersonafísica) \***

Código postal: **11490**  
 Calle: **Lago Wenner**  
 Número exterior: **58 Edificio A**  
 Número interior: **605**

Colonia: **Cuauhtemoc Pensil**  
 Municipio o delegación: **Miguel Hidalgo**  
 Estado o Distrito Federal: **Ciudad de Mexico**

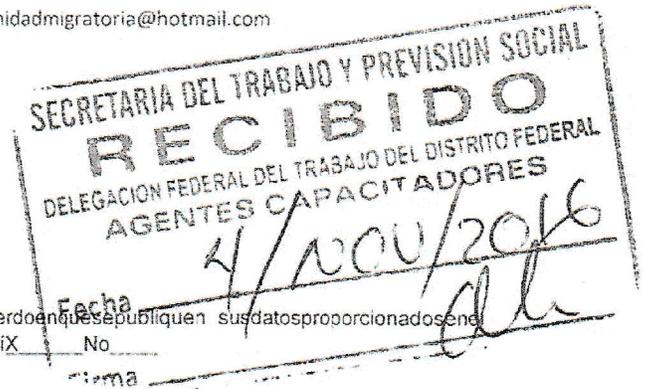
Teléfono(s): **Cel. 04455-42-66-39-53 Cel. 04455-46-61-42-91**  
 Correo electrónico(s)\*: **fraternidadmigratoria@hotmail.com**  
 Fax\*

Tipode solicitud que presenta (marcar con un x):

- Registro inicial
- Modificación de plantilla de instrucciones
- Modificación de programas o cursos
- Registro de nuevos programas o cursos

Hoja 1 de 13

Encasode tratarse de personafísica, ¿Está de acuerdo en que se publiquen sus datos proporcionados en el Directorio de Agentes Capacitadores externos?  Sí  No



Programas o cursos que registra

Tipode movimiento	Nombre del programa o curso (En caso de modificación favor de señalar el registro a modificar y el modificado)	Temas principales del programa o curso (Anotar la denominación completa de los temas)	Duración del curso en horas
A	NOM-033-STPS-2014. Condiciones de seguridad para realizar trabajos en espacios confinados.	1. Objetivo 2. Campo de aplicación 3. Referencias 4. Definiciones 5. Obligaciones del patrón 6. Obligaciones de los trabajadores 7. Clasificación del espacio confinado y análisis de riesgos	5

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).



Contacto:  
 Av. Anillo Periférico Sur 4271,  
 Col. Fuentes del Pedregal, Deleg. Tlalpan  
 Distrito Federal CP. 14140  
 Tel: (55) 3000-2100

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Notaseinstrucciones

- Llenar amáquinaoconletrademolde.
- Escribirconletrademolde, arribadela homoclavedel RegistroFederaldeContribuyentes.lapalabranúmero. Ejemplos:número, número1, número2,etc.
- Anexar elnúmerodehojas queseanecesario. Solamentedeberáasentarsela firmaenlaúltimahojaque se presente.
- Si elpartadodeprogramasocursos es insuficiente, podráreproducirlos veces queseanecesario, indicadoelnúmerodehoja manteniendo laestructuracorrespondiente Para finalizar sedebe presentar el DC-5reverso
- Entregar elformato ala autoridadlaboral solamenteenoriginal. En sucaso, puede presentar unacopia si requierequeseleacusederecibo.
- La falta deinformaciónen los datosopcionales, noserá motivoparanegar lapresentaciónrespectiva.

\*Datosnoobligatorios

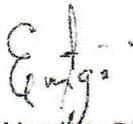
†Sólosujetosobligados

‡Entipodemovimientoanotarsegún corresponda:A=alta, B=bajay M=modificación

Plantilladeinstructores Llenarsolamenteen casodeinstitucióncapacitadora

Tipodemovimiento*	Nombre del instructor (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombres) (En caso de modificación y baja favor de indicarlo)	Registro federal de contribuyentes con homoclave (SHCP)	Especialidad del instructor Área principal
A	Silva Alarcon Sergio	SIAS710409785	BACHILLERATO

Los datos yanexo se proporcionan bajo protesta de decir verdad. Apercibidos de la responsabilidad que incurra todo aquel que no se conduce con verdad.



Eduardo Méndez Zúñiga

Nombre y firma del solicitante o representante legal

Ciudad de México (DF) 4-11-2016  
Lugar y fecha de elaboración de esta solicitud

Notaseinstrucciones

- Consultas sobre el trámite llámara la Dirección General de Capacitación, Adiestramiento y Productividad del Leocaltel al teléfono 2000 5200 ext 63255 ó realízala consulta al correo electrónico registro@sps.gob.mx

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

**DATOS DEL  
TRABAJADOR**

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))  
**GARCÍA HERNÁNDEZ GILBERTO**

Clave Única de Registro de Población <b>G A H G 9 3 0 1 2 2 H D F R R L 0 4</b>	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>1/</sup> <b>03.4 INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO</b>
Puesto* <b>TECNICO</b>	

**DATOS DE LA EMPRESA**

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)  
**B A A G - 7 7 0 3 2 4 - 8 1 4**

**DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD**

NOMBRE DEL CURSO. **NOM-033-STPS-2014. CONDICIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS**

Duración en horas <b>5</b>	Periodo de ejecución:	Año <b>2 0 2 0</b>	Mes <b>0 5</b>	Día <b>2 6</b>	a	Año <b>2 0 2 0</b>	Mes <b>0 5</b>	Día <b>2 6</b>
Área temática del curso <sup>2/</sup> <b>6000</b>								
Nombre del agente capacitador o STPS <sup>3/</sup> <b>Fraternidad Migratoria A.C. Registro: FMI11006-4Q2-0013</b>								

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo

Instructor o tutor

**EDUARDO MENDIETA ZUNIGA**

Nombre y firma

Patrón o representante legal <sup>4/</sup>

**GABRIELA BASURTO ACOSTA**

Nombre y firma

Representante de los trabajadores <sup>5/</sup>

**NO ALPICA**

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.
- <sup>1/</sup> 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](http://www.stps.gob.mx)
- <sup>2/</sup> Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx)
- <sup>3/</sup> Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- <sup>4/</sup> 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.
- <sup>5/</sup> 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))

VELASCO VELASCO JOSÉ LUIS

Clave Única de Registro de Población

V E V L 9 3 0 5 1 0 H H G L L S 0 2

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>1/</sup>

03.4 INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO

Puesto\* TECNICO

**DATOS DE LA EMPRESA**

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

SISDREN DESAZOLVE

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

B A A G - 7 7 0 3 2 4 - 8 1 4

**DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD**

NOMBRE DEL CURSO. NOM-033-STPS-2014. CONDICIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

Duración en horas

5

Periodo de ejecución:

Año

2 0 2 0

Mes

0 5

Día

2 6

Año

2 0 2 0

Mes

0 5

Día

2 6

Área temática del curso <sup>2/</sup> 6000

Nombre del agente capacitador o STPS <sup>3/</sup> Fraternidad Migratoria A.C. Registro: FMI111006-4Q2-0013

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo

Instructor o tutor

EDUARDO MENDIETA ZUNIGA

Nombre y firma

Patrón o representante legal <sup>4/</sup>

GABRIELA BASURTO ACOSTA

Nombre y firma

Representante de los trabajadores <sup>5/</sup>

NO APLICA

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.
- <sup>1/</sup> 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](http://www.stps.gob.mx)
- <sup>2/</sup> Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx)
- <sup>3/</sup> Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- <sup>4/</sup> 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.
- <sup>5/</sup> 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))

HERNÁNDEZ CRUZ JUAN MANUEL

Clave Única de Registro de Población

H E C J 8 5 1 2 2 7 H V Z R R N 0 8

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>11</sup>

03.4 INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO

Puesto\* TECNICO

**DATOS DE LA EMPRESA**

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

SISDREN DESAZOLVE

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

B A A G - 7 7 0 3 2 4 - 8 1 4

**DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD**

NOMBRE DEL CURSO NOM-033-STPS-2014, CONDICIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

Duración en horas

5

Periodo de ejecución:

Año

2 0

Mes

0 5

Día

2 6

Año

2 0

Mes

0 5

Día

0 6

Área temática del curso <sup>6</sup>6000

Nombre del agente capacitador o STPS <sup>31</sup> Fraternidad Migratoria A.C. Registro: FMI111006-4Q2-0013

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo

Instructor o tutor

EDUARDO MENDIETA ZUNIGA

Nombre y firma

Patrón o representante legal <sup>41</sup>

GABRIELA BASURTO ACOSTA

Nombre y firma

Representante de los trabajadores <sup>42</sup>

NO ALPICA

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.

<sup>11</sup> 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](http://www.stps.gob.mx)

<sup>21</sup> Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx)

<sup>31</sup> Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

<sup>41</sup> 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.

<sup>42</sup> 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))

FERNÁNDEZ AMADOR RODOLFO

Clave Única de Registro de Población

F E A R 7 4 1 1 2 2 H D F R M D 0 7

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>1/</sup>

03.4 INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO

Puesto\* TECNICO

**DATOS DE LA EMPRESA**

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

SISDREN DESAZOLVE

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

B A A G - 7 7 0 3 2 4 - 8 1 4

**DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD**

NOMBRE DEL CURSO: NOM-033-STPS-2014. CONDICIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ESPACIOS

CONFINADOS

Duración en horas

5

Periodo de ejecución:

Año

2 0 2 0

Mes

0 5

Día

2 6

Año

2 0

Mes

0 5

Día

2 6

Área temática del curso / 6000

Nombre del agente capacitador o STPS <sup>3/</sup> Fraternidad Migratoria A.C. Registro: FMI111006-4Q2-0013

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo

Instructor o tutor



EDUARDO MENDIETA ZUÑIGA

Nombre y firma

Patrón o representante legal <sup>4/</sup>

GABRIELA BASURTO ACOSTA

Nombre y firma

Representante de los trabajadores <sup>5/</sup>

NO APLICA

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.

<sup>1/</sup> 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](http://www.stps.gob.mx)

<sup>2/</sup> Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx)

<sup>3/</sup> Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

<sup>4/</sup> 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.

<sup>5/</sup> 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))

ESQUIVEL ISLAS JOSÉ AGUSTÍN

Clave Unica de Registro de Población

E U I A 8 2 0 6 2 7 H P L S S G / 0 3

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>1/</sup>

03.4 INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO

Puesto\* OPERADOR

### DATOS DE LA EMPRESA

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

SISDREN DESAZOLVE

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

B A A G - 7 7 0 3 2 4 - 8 1 4

### DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

NOMBRE DEL CURSO, NOM-033-STPS-2014. CONDICIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

Duración en horas

5

Periodo de  
ejecución:

Año			Mes			Día		
2	0	2	0	0	5	2	6	a
2 0 2 0 0			2 0 0 0			2 0 0 0		
Año			Mes			Día		
2	0	2	0	0	5	2	6	
2 0 2 0 0			2 0 0 0			2 0 0 0		

Área temática del curso <sup>6000</sup>Nombre del agente capacitador o STPS <sup>3/</sup> Fraternidad Migratoria A.C. Registro: FMI111006-4Q2-0013

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercebidos de la responsabilidad en que incurre todo

Instructor o tutor

EDUARDO MENDIETA ZUNIGA

Nombre y firma

Patrón o representante legal <sup>4/</sup>

GABRIELA BASURTO ACOSTA

Nombre y firma

Representante de los trabajadores <sup>5/</sup>

NO APLICA

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.

<sup>1/</sup> 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](http://www.stps.gob.mx)

<sup>2/</sup> Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx)

<sup>3/</sup> Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

<sup>4/</sup> 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.

<sup>5/</sup> 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))

GUZMÁN BARRADAS ISIDRO

Clave Única de Registro de Población

G U B I 7 2 0 5 1 5 H O C Z R S Z 0 3

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>11</sup>

03.4 INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO

Puesto\* OPERADOR

**DATOS DE LA EMPRESA**

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

SISDREN DESAZOLVE

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

B A A G - 7 7 0 3 2 4 - 8 1 4

**DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD**

NOMBRE DEL CURSO: NOM-033-STPS-2014. CONDICIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ESPACIOS

CONFINADOS

Duración en horas

5

Periodo de  
ejecución:

Año

2 0

Mes

0 5

Día

2 6

a

Año

2 0

Mes

0 5

Día

2 6

Área temática del curso <sup>6000</sup>

Nombre del agente capacitador o STPS <sup>31</sup> / Fraternidad Migratoria A.C. Registro: FMI111006-4Q2-0013

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo

Instructor o tutor

EDUARDO MENDIETA ZUÑIGA

Nombre y firma

Patrón o representante legal <sup>41</sup>

GABRIELA BASURTO ACOSTA

Nombre y firma

Representante de los trabajadores <sup>41</sup>

NO APLICA

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.
- <sup>11</sup> 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](http://www.stps.gob.mx)
- <sup>21</sup> Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx)
- <sup>31</sup> Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- <sup>41</sup> 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.
- <sup>51</sup> 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))

RUIZ AMBRIZ EDGAR

Clave Unica de Registro de Población

R U A E 9 1 0 1 2 1 H D F Z M D Z 0 6

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>1</sup>

03.4 INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO

LOZANO

Puesto\* OPERADOR

**DATOS DE LA EMPRESA**

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

SISDREN DESAZOLVE

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

B A A G - 7 7 0 3 2 4 - 8 1 4

**DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD**

NOMBRE DEL CURSO. NOM-033-STPS-2014. CONDICIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

Duración en horas

5

Periodo de ejecución:

Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día
2 0 2 0 0	5	2 6		2 0 2 0 0	5	2 6

Area temática del curso <sup>6</sup>6000

Nombre del agente capacitador o STPS <sup>3</sup> Fraternidad Migratoria A.C. Registro: FMI111006-4Q2-0013

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo

Instructor o tutor

EDUARDO MENDIETA ZUÑIGA

Nombre y firma

Patrón o representante legal <sup>4</sup>

GABRIELA BASURTO ACOSTA

Nombre y firma

Representante de los trabajadores <sup>5</sup>

NO APLICA

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.
- <sup>1</sup> 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](http://www.stps.gob.mx)
- <sup>2</sup> Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx)
- <sup>3</sup> Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- <sup>4</sup> 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.
- <sup>5</sup> 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))

ORTIZ MARROQUIN GERARDO

Clave Unica de Registro de Población

O | 1 | M | G | 7 | 6 | 1 | 0 | 3 | 0 | H | D | F | R | R | R | Z | 0 | 1

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>11</sup>

03.4 INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO

Puesto\* OPERADOR

### DATOS DE LA EMPRESA

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

SISDREN DESAZOLVE

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

B | A | A | G | . | 7 | 7 | 0 | 3 | 2 | 4 | . | 8 | 1 | 4

### DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

NOMBRE DEL CURSO. NOM-033-STPS-2014. CONDICIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

Duración en horas

5

Periodo de ejecución:

Año			Mes			Día			a			Año			Mes			Día		
2	0	2	0	0	5	2	6		a	2	0	2	0	0	5	2	6			

Area temática del curso <sup>6000</sup>

Nombre del agente capacitador o STPS <sup>31</sup> Fraternidad Migratoria A.C. Registro: FMI111006-4Q2-0013

**Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo**

Instructor o tutor

EDUARDO MENDIETA ZUÑIGA\*

Nombre y firma

Patrón o representante legal <sup>41</sup>

GABRIELA BASURTO ACOSTA

Nombre y firma

Representante de los trabajadores <sup>42</sup>

NO APLICA

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.
- <sup>11</sup> 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](http://www.stps.gob.mx)
- <sup>2</sup> Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx)
- <sup>3</sup> Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- <sup>4</sup> 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.
- <sup>5</sup> Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
- \* Dato no obligatorio