GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: Fortalecimiento del Sector Portuario

UNIDAD RESPONSABLE: 4501-1405 - Gerencia de Comercialización

COMPONENTE F.P.C01 - Instalaciones con infraestructura portuaria en optimas condiciones y sanitizadas

IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR	
Indicador	APIQROOC01 - Porcentaje de arribo de pasajeros de cruceros

VARIABLES			
NUMERADOR	Número de pasajeros recibidos en el año corriente	**Unidad de Medida del Numerador**	536 - Pasajero ()
DENOMINADOR	Número de pasajeros programados como meta	**Unidad de Medida del Denominador**	536 - Pasajero ()

METAS

Linea Base		Año Meta	Meta Programada en el Año	Tipo de Meta	Comportamiento del Indicador hacia la Meta	Tipo de Método	Semaforización					
Año:	2019						**Verde**		**Amarillo**		**Rojo**	
Valor:	0.000	2021	100.000	ACUMULATIVA	ASCENDENTE	PORCENTAJE	85.000	115.000	75.000	84.999	74.999	115.001

Variable	Calendario Programado												
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Total**
NUMERADOR	0.000	0.000	941,987.000	0.000	0.000	609,976.000	0.000	0.000	511,466.000	0.000	0.000	755,313.000	2,818,742.000
DENOMINADOR	1.000	1.000	941,987.000	1.000	1.000	609,976.000	1.000	1.000	511,466.000	1.000	1.000	755,313.000	2,818,742.000

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Total**
NUMERADOR	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	4,227.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	4,227.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

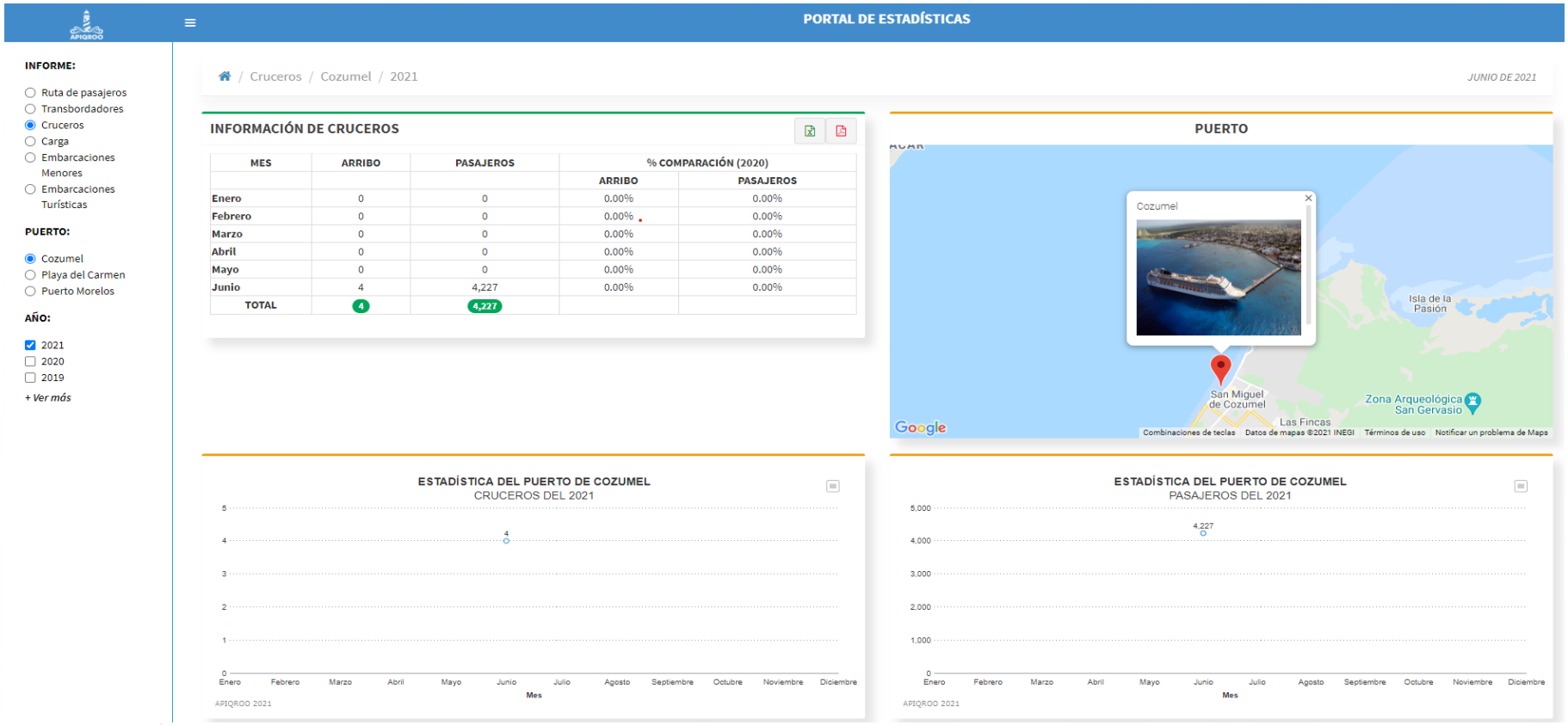
Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
DENOMINADOR	1.000	1.000	941,987.000	1.000	1.000	609,976.000	1.000	1.000	511,466.000	1.000	1.000	755,313.000	609,976.000

AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
100.000	0.693	0.693	100.000	100.000	0.693	0.693	0.693	-99.307	0.000

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
0.693	ROJO	Se reactiva el arribo de cruceros el 16 de junio de 2021 debido a la Pandemia Covid-19

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO
GERENCIA DE COMERCIALIZACIÓN



Ruta de internet: http://servicios.apiqroo.com.mx/estadistica/index.php

Nota: La información del mes de junio 2021 se publicara el día 11 de julio de 2021.

HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS
GERENTE DE COMERCIALIZACION

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: E076 - Fortalecimiento del Sector Portuario

UNIDAD RESPONSABLE: 4501-1404 - Gerencia de Ingeniería

ACTIVIDAD F.P.C01.A02 - Construcción, Modernización y/o Mantenimiento Mayor de infraestructura para embarcaciones de Pasajeros y/o turísticas.

IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR	
Indicador	APIQROOC01A02 - Porcentaje de avance total ejercutadas para fortalecer la infraestructura de embarcaciones de Ruta y turísticas.

VARIABLES			
NUMERADOR	Suma de obras realizadas para embarcaciones de ruta y/o turisticas a la fecha del reporte	**Unidad de Medida del Numerador**	504 - Obras ()
DENOMINADOR	Suma de obras planeadas para embarcaciones de ruta y/o turisticas a la fecha del reporte	**Unidad de Medida del Denominador**	504 - Obras ()

METAS

Linea Base		Año Meta	Meta Programada en el Año	Tipo de Meta	Comportamiento del Indicador hacia la Meta	Tipo de Método	Semaforización					
Año:	2019						**Verde**		**Amarillo**		**Rojo**	
Valor:	0.000	2021	100.000	ACUMULATIVA	ASCENDENTE	PORCENTAJE	85.000	115.000	75.000	84.999	74.999	115.001

Variable	Calendario Programado												
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Total**
NUMERADOR	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	3.000
DENOMINADOR	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	3.000

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Total**
NUMERADOR	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
DENOMINADOR	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	0.000	0.000

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
100.000	VERDE	Reparación de daños por fenómenos metereológicos en la terminal de Isla Mujeres

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO

PROPUESTA DEL PROGRAMA DE OBRAS Y ACCIONES DEL EJERCICIO 2021

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO

No.	SUBPROGRAMA/ACTIVIDADES	META	RECURSOS		OBSERVACIONES
		ANUAL	PÚBLICO	PROPIOS	
	OBRAS				
	PUERTO MORELOS				
1	CONSTRUCCION DEL CENTRO DE VERIFICACION FITOSANITARIO DE LA TERMINAL MARITIMA.(SEGUNDA ETAPA)			$4,280,000.00	Obra en proceso, se cuenta con todos los permisos, planos y presupuestos.
2	ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA PARA EL NUEVO CENTRO DE VERIFICACIÓN FITOSANITARIO			$2,000,000.00	
	ISLA MUJERES				
3	CONSTRUCCION DE NUEVO MÓDULO DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA TERMINAL MARÍTIMA DE ISLA MUJERES (POL. A)			$3,000,000.00	Proyecto en desarrollo
4	PROYECTO DE AMPLIACIÓN Y REMODELACIÓN DE LA TERMINAL MARÍTIMA DE TRANSBORDADORES DE ISLA MUJERES POLIGONAL B			$500,000.00	
5	REMODELACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LA TERMINAL MARÍTIMA DE TRANSBORDADORES DE ISLA MUJERES POLIGONAL B			$1,500,000.00	
	COZUMEL				
6	CONSTRUCION DE LOCALES COMERCIALES EN EL EDIFICIO TERMINAL DEL MUELLE SAN MIGUEL			$500,000.00	Propuesta en desarrollo
	CHETUMAL				
7	CONSTRUCCION DE BODEGA EN EL MUELLE FISCAL			$500,000.00	Proyecto en desarrollo
	MANTENIMIENTO MAYOR DE INSTALACIONES PORTUARIAS				
8	SUSTITUCIÓN DE CERCADO DE LA TERMINAL MARÍTIMA DE ISLA MUJERES			$200,000.00	Obra 2020 pagada con recursos 2021
9	REPARACIONES AL MUELLE DE CONCRETO DE PUERTO MORELOS			$320,000.00	Obra 2020 pagada con recursos 2021
10	SUSTITUCIÓN DE CERCADO PERIMETRAL DE PUERTO MORELOS			$200,000.00	Obra 2020 pagada con recursos 2021
11	REHABILITACIÓN DE DAÑOS CAUSADOS POR FENÓMENOS HIDROMETEOROLÓGICOS EN EL MUELLE DE TRANSBORDADORES CALETITA			$1,000,000.00	
12	REHABILITACIÓN DE DAÑOS CAUSADOS POR FENÓMENOS HIDROMETEOROLÓGICOS EN EL MURO DE CONTENCIÓN DE PUERTO MORELOS			$500,000.00	
13	REHABILITACIÓN DE DAÑOS CAUSADOS POR FENÓMENOS HIDROMETEOROLÓGICOS EN LAS INSTALACIONES DE ISLA MUJERES			$1,000,000.00	
14	REHABILITACIÓN DE DAÑOS CAUSADOS POR FENÓMENOS HIDROMETEOROLÓGICOS EN LAS INSTALACIONES DE PUERTO JUAREZ			$500,000.00	

* MONTOS NO INCLUYEN I.V.A.

Total de obras recursos APIQROO $16,000,000.00

SUBGERENTE DE PROYECTOS DE LA APIQROO

ARQ. ESTEBAN H. GONZÁLEZ GÓMEZ

GERENTE DE INGENIERÍA DE LA APIQROO

ING. JUAN MANUEL AZUETA GOROCICA

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: E076 - Fortalecimiento del Sector Portuario

UNIDAD RESPONSABLE: 4501-1402 - Gerencia de Operaciónes

ACTIVIDAD F.P.C01.A04 - Realizar mantenimiento menor preventivo y correctivo de las Terminales Marítimas Portuarias del Estado de Quintana Roo

IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR	
Indicador	APIQROOC01A04 - Porcentaje de mantenimiento menor realizada en los recintos portuarios.

VARIABLES			
NUMERADOR	Acciones de mantenimiento realizada	**Unidad de Medida del Numerador**	438 - Mantenimiento ()
DENOMINADOR	Acciones de mantenimiento programada	**Unidad de Medida del Denominador**	438 - Mantenimiento ()

METAS

Linea Base		Año Meta	Meta Programada en el Año	Tipo de Meta	Comportamiento del Indicador hacia la Meta	Tipo de Método	Semaforización					
							Verde		Amarillo		Rojo	
Año:	2019											
Valor:	0.000	2021	100.000	ACUMULATIVA	ASCENDENTE	PORCENTAJE	85.000	115.000	75.000	84.999	74.999	115.001

Variable	Calendario Programado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
NUMERADOR	0.000	0.000	4.000	0.000	0.000	4.000	0.000	0.000	4.000	0.000	0.000	4.000	16.000
DENOMINADOR	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	16.000

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
NUMERADOR	0.000	0.000	4.000	0.000	0.000	4.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	8.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
DENOMINADOR	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	8.000

AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	0.000	0.000

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
100.000	VERDE	EN ESTE TRIMESTRE SE PROGRAMARON 4 MANTENIMIENTOS A LAS TERMINALES MARÍTIMAS DE COZUMEL, ISLA MUJERES, PUERTO JUÁREZ Y PUNTA SAM, LOS CUALES FUERON REALIZADOS AL 100%.

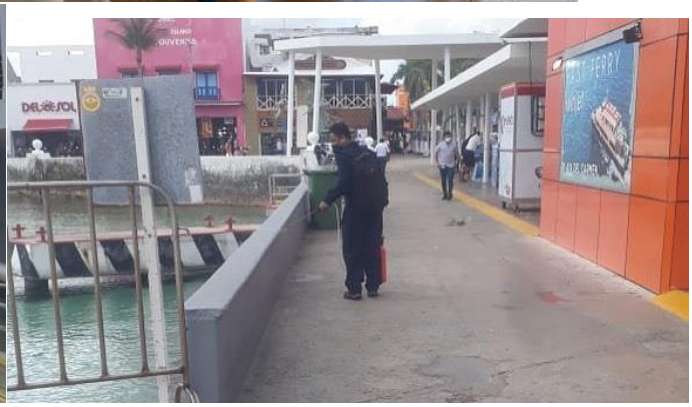
Elaboró **Revisó** **Autorizó**

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

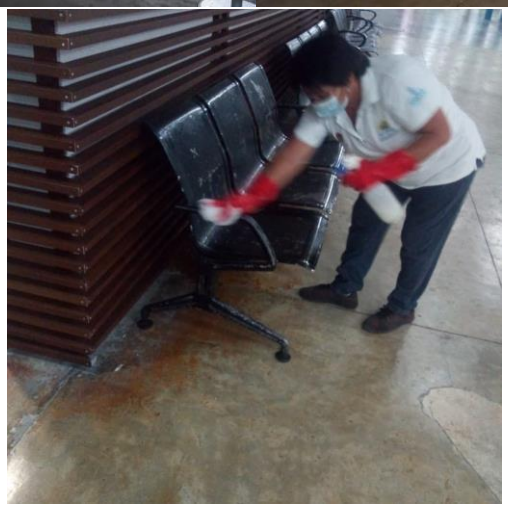
RECINTO DE COZUMEL

ABRIL A JUNIO 2021



ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.



ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

RECINTO DE ISLA MUJERES

ABRIL A JUNIO 2021

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

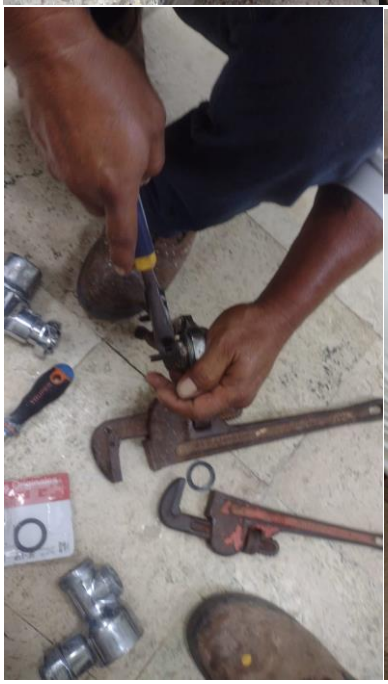
MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

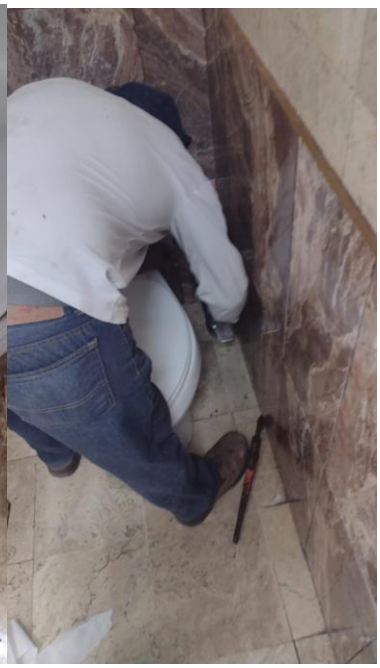
ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.



ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

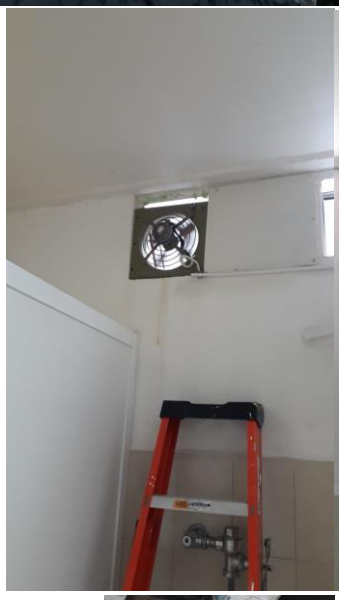


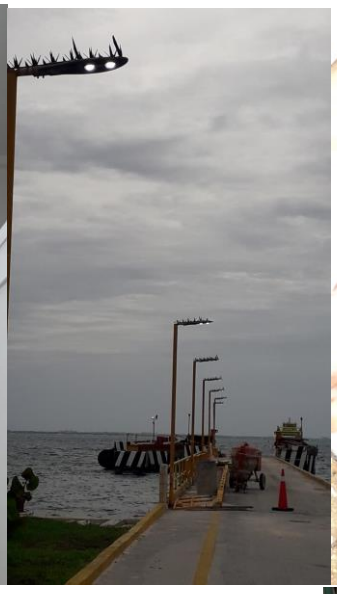
ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

RECINTO DE PUNTA SAM

ABRIL A JUNIO 2021



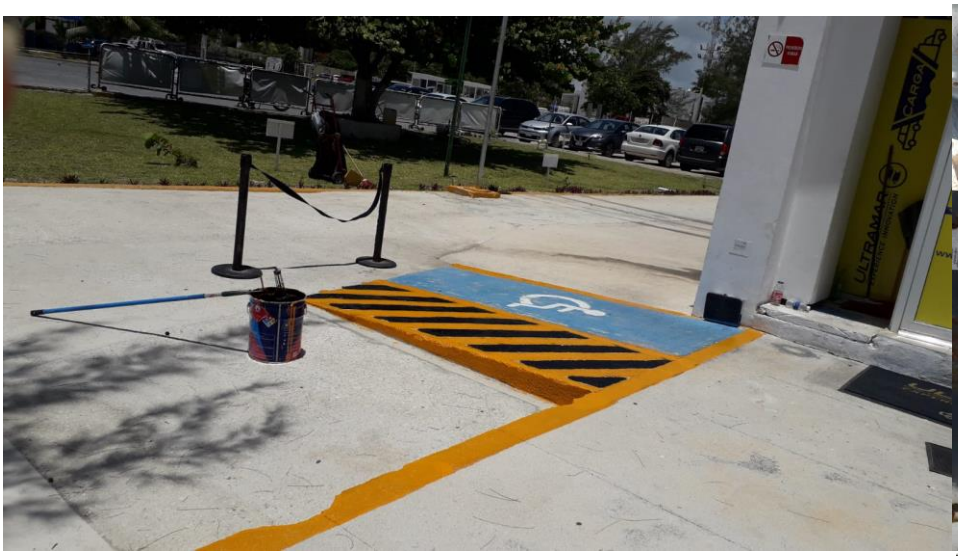


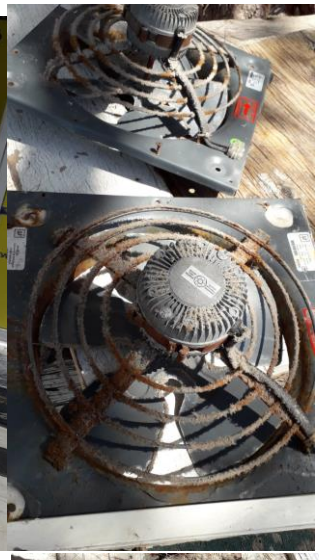
ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.





ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

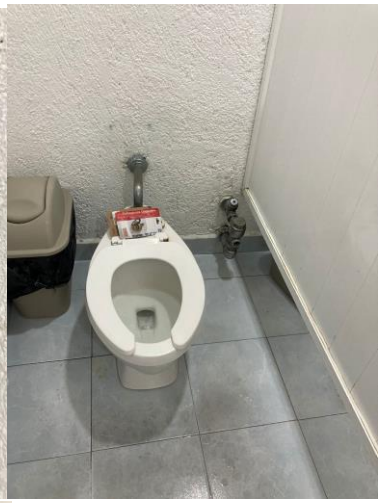
MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

RECINTO DE PUERTO JUAREZ

ABRIL A JUNIO 2021



ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

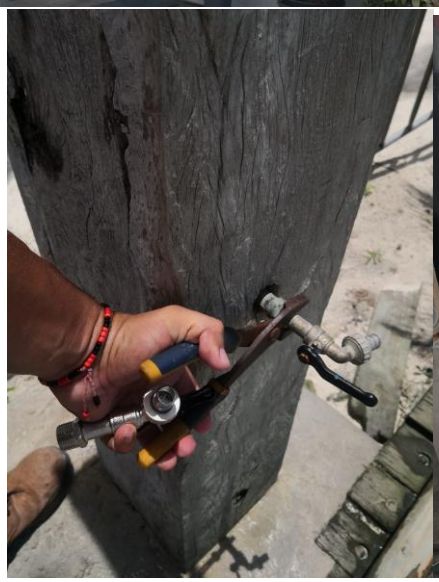
MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

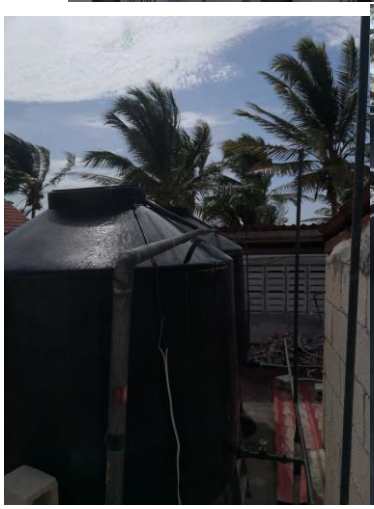
ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.



ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.



EN ESTE TRIMESTRE SE PROGRAMARON 4 MANTENIMIENTOS A LAS TERMINALES MARÍTIMAS DE COZUMEL, ISLA MUJERES, PUERTO JUÁREZ Y PUNTA SAM, LOS CUALES FUERON REALIZADOS AL 100%.

SUBGERENTE DE PROYECTOS DE LA APIQROO

ARQ. ESTEBAN H. GONZÁLEZ GÓMEZ

GERENTE DE INGENIERÍA DE LA APIQROO

ING. JUAN MANUEL AZUETA GOROCICA

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: Fortalecimiento del Sector Portuario

UNIDAD RESPONSABLE: 4501-1406 - Gerencia de Administración y Finanzas

COMPONENTE F.P.C02 - Protocolo en el sistema de seguridad y protección, implementado.

IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR	
Indicador	APIQROOC02 - Porcentaje de personal capacitado

VARIABLES			
NUMERADOR	Numero de constancias DC3	**Unidad de Medida del Numerador**	546 - Persona Certificada ()
DENOMINADOR	Numero de participantes	**Unidad de Medida del Denominador**	569 - Personal ()

METAS

Linea Base		Año Meta	Meta Programada en el Año	Tipo de Meta	Comportamiento del Indicador hacia la Meta	Tipo de Método	Semaforización					
Año:	2019						**Verde**		**Amarillo**		**Rojo**	
Valor:	0.000	2021	200.000	ACUMULATIVA	ASCENDENTE	PORCENTAJE	170.000	230.000	150.000	169.998	149.998	230.002

Variable	Calendario Programado												
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Total**
NUMERADOR	0.000	0.000	148.000	0.000	0.000	240.000	0.000	0.000	260.000	0.000	0.000	148.000	796.000
DENOMINADOR	1.000	1.000	74.000	1.000	1.000	120.000	1.000	1.000	130.000	1.000	1.000	74.000	398.000

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Total**
NUMERADOR	0.000	66.000	104.000	28.000	91.000	146.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	435.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
DENOMINADOR	1.000	1.000	74.000	1.000	1.000	120.000	1.000	1.000	130.000	1.000	1.000	74.000	197.000

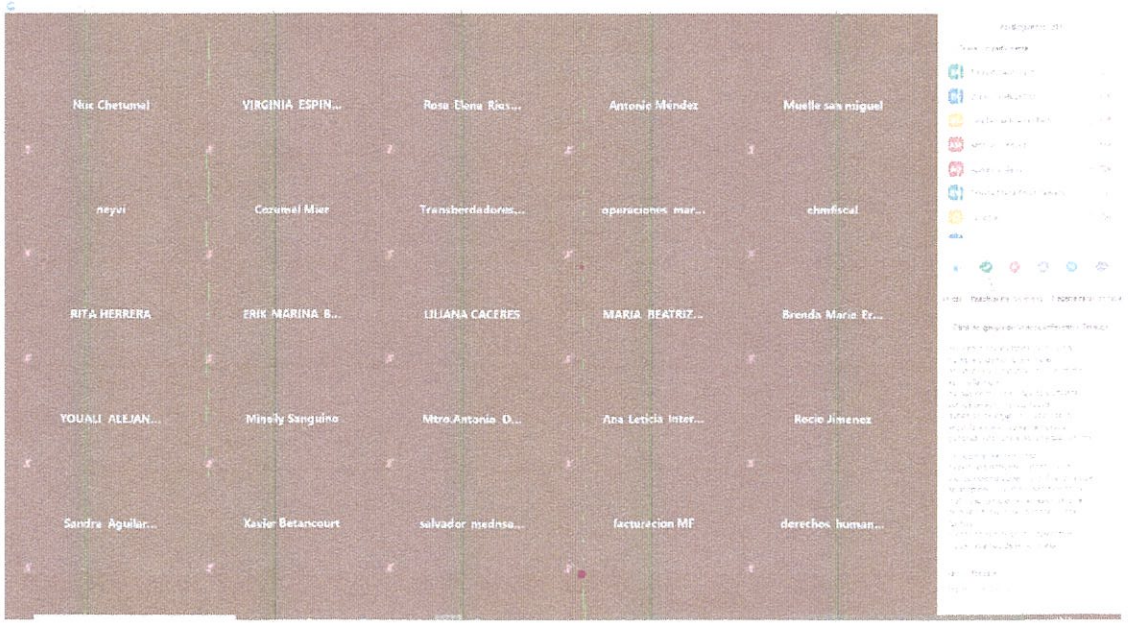
AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
200.000	217.213	108.607	200.000	100.000	220.812	110.406	110.406	10.417	1.667

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
217.213	VERDE	Se anexan formatos STPS-DC3, debidamente requisitados, mismos que se encuentran en proceso de firma por las partes señaladas en el documento

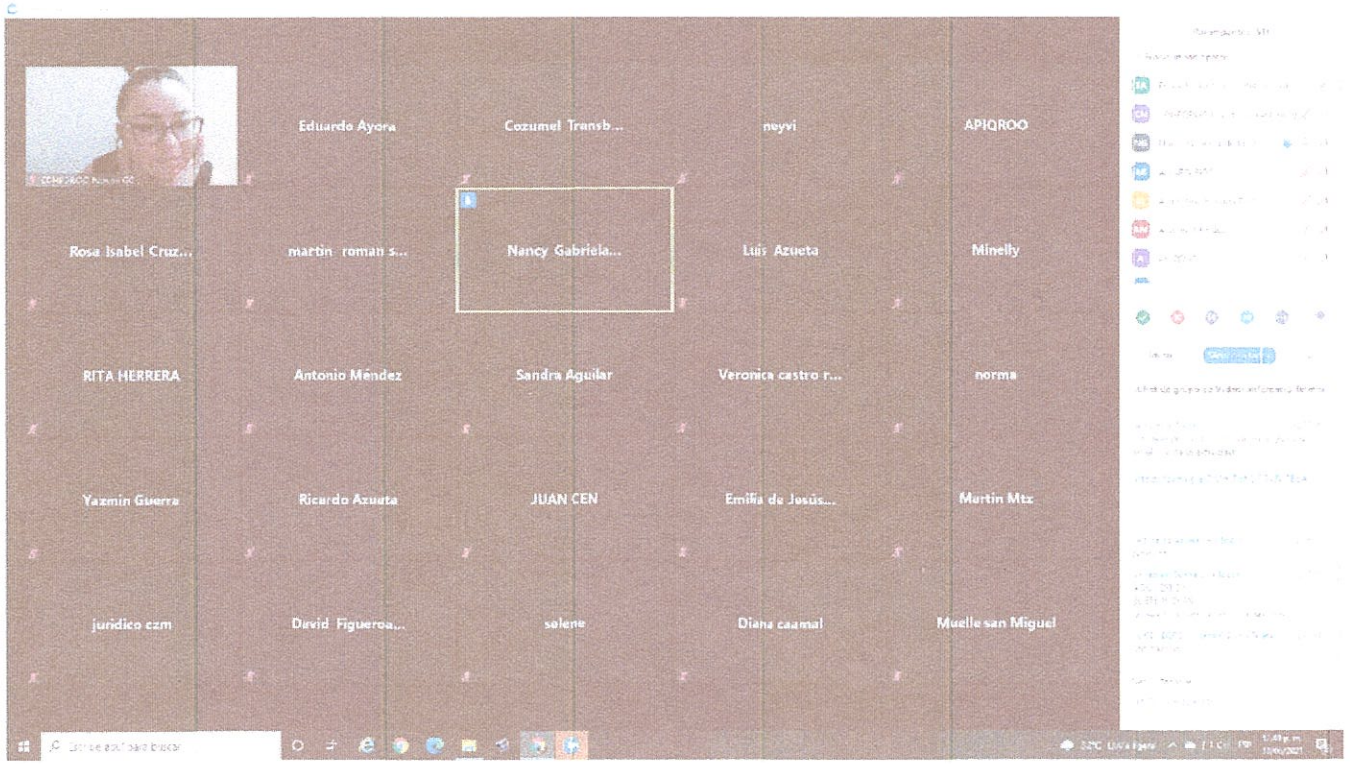
Elaboró **Revisó** **Autorizó**

CURSO CDH 23 DE ABRIL

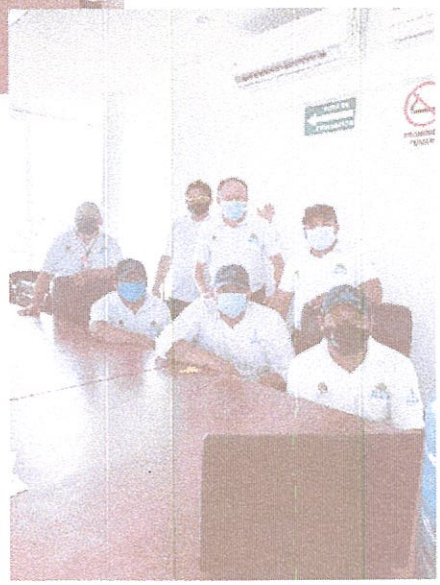
CURSO CDH 28 DE MAYO



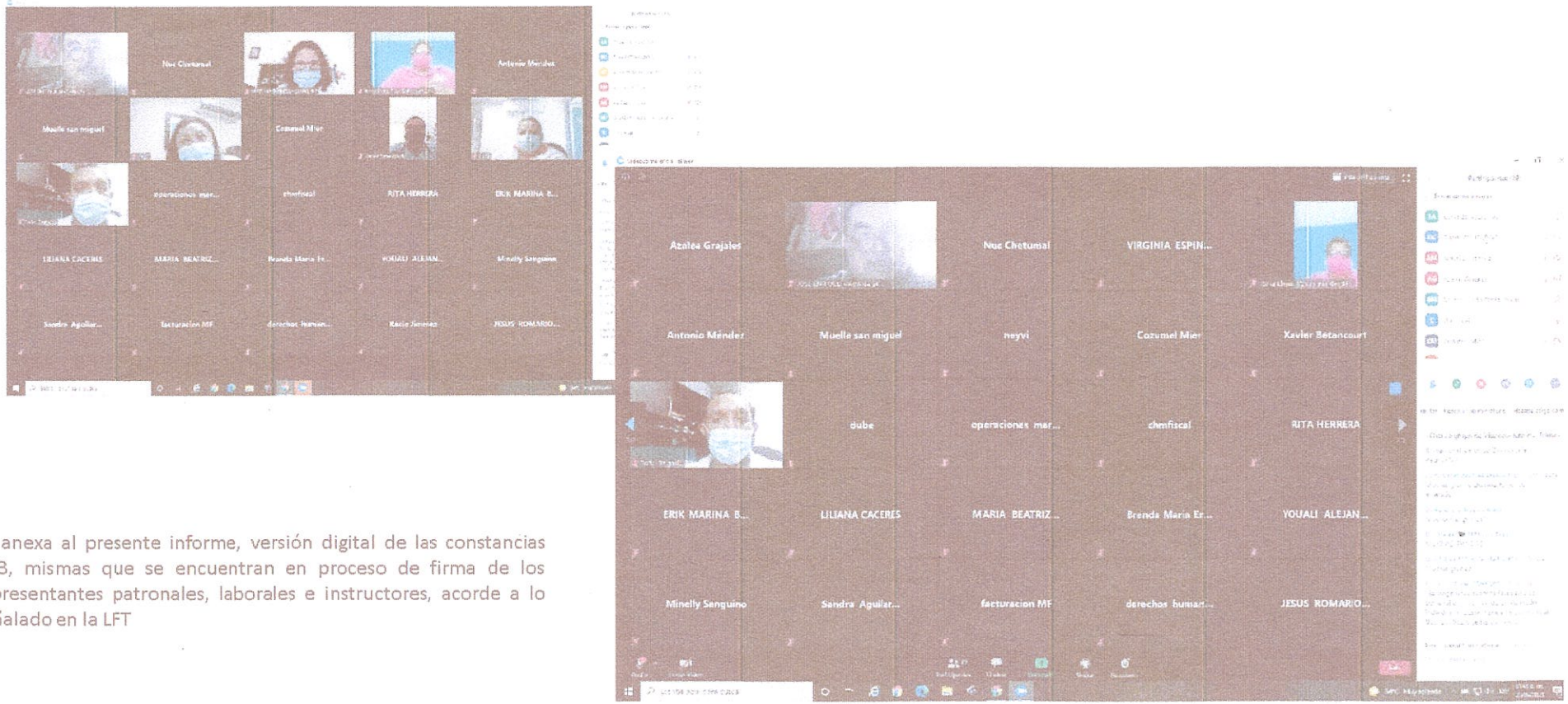
CURSO CDH 18 DE JUNIO



CURSO CDH 11 DE JUNIO



CURSO CDH 25 DE JUNIO



Se anexa al presente informe, versión digital de las constancias DC3, mismas que se encuentran en proceso de firma de los representantes patronales, laborales e instructores, acorde a lo señalado en la LFT

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

PEDRO VICENTE MAGAÑA ITZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A I P 8 1 0 6 0 5 H Y N G T D 0 2	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 4	2 3	a	2 0 2 1	0 4	2 3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR MANUEL CHAN KUMUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A K V 7 2 0 7 2 8 H Y N H M C 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SERMENIO RODRIGO ZOZAYA VEGA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z O V S 7 3 0 3 1 3 H Y N Z G R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE SAN DIEGO CANUL BALAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A B S 7 3 1 1 1 3 H Y N N L N 0 9	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WENDY DE JESUS CATZIM CHIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C W 8 1 1 2 1 6 M Q R T H N 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LILIANA DEL SOCORRO CACERES VILLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V L 9 7 0 9 0 8 M Q R C L L 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RAY NADIR IRIZZONT MARRUFO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I I M R 8 0 0 9 1 2 H Q R R R Y 0 9	0

Puesto*

SUBGERENTE DE OPERACIONES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REYNA VIVIANA PABLO NAVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A N R 9 2 1 0 2 2 M Q R B V Y 0 1	0

Puesto*

TECNICA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

GENARO ALTAMIRANO TAPIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A T G 7 3 0 9 1 9 H D F L P N 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MANUEL JESUS PACHECO SANTIAGO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A S M 6 7 1 2 2 1 H Y N C N N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR MANUEL CANTO NOH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A N V 6 9 1 2 0 6 H Y N N H C 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RAUL ALBERTO NOVELO NUÑEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O N R 6 8 0 3 0 5 H Q R V X L 0 5	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CECILIO EULALIO CORTEZ FLORES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C O F C 6 6 1 1 2 2 H P L R L C 0 2	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMIN PEREZ CANUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C J 6 4 0 2 0 6 H Y N R N R 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS ENRIQUE TUZ KOYOC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T U K C 7 5 1 2 0 5 H C C Z Y R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RUFINO ARMANDO LIZAMA MONTERO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L I M R 6 3 1 1 1 8 H Y N Z N F 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WILBERTH AVELINO POLANCO SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O S W 8 9 1 0 2 3 H Y N N L N 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	04	23	a	2021	04	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ABRAHAM CACERES VILLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V L 9 5 0 2 2 0 H Q R C L S 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE FRANCISCO LOPEZ MAGLAH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L O M F 7 7 0 7 1 2 H Q R P G R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ENRIQUE CRISANTO NOH PISTE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O P E 7 4 1 0 2 5 H Y N H S N 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

OSCAR ANTONIO CATZIN CATZIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C X C O 9 4 0 7 2 9 H Q R T T S 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	04	23	a	2021	04	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

BALTAZAR VILLEGAS CARRILLO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I C B 8 4 0 7 1 2 H Q R L R L 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA LUCILA DE LOS ANGELES ZIH DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z I D L 6 8 1 0 3 1 M Y N H Z C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA REYES TAMAY CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C R 7 0 0 1 1 4 M Y N M N Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA REYES TAMAY CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C R 7 0 0 1 1 4 M Y N M N Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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 MANUEL YAM ZIH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A Z R 9 8 0 2 1 1 H Q R M H Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JULIO CESAR LOPEZ PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L O P J 7 6 0 1 2 0 H C S P R L 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2	De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

IRMA TAMAY CIAU

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C I 7 0 0 1 0 9 M Y N M X R 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ROSENDO RAMOS HURTADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
R A H R 5 5 0 4 1 5 H J C M R S 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

GERARDO PALOMO QUETZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A Q G 5 5 0 9 2 4 H Q R L T R 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARCO ANTONIO BE POOT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B E P M 5 9 0 6 1 8 H Y N X T R 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V E Z R 8 5 0 5 2 8 H S L R Y M 0 5	0

Puesto*

JEFE DE RECINTO ZONA SUR

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

IRIS ANEL MAGAÑA DE LA CRUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A C I 7 9 0 4 0 8 M T C G R R 0 7	0

Puesto*

REPRESENTANTE DE LA API EN PUERTO JUAREZ E ISLA MUJERES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LILIA YAZMIN GUERRA ALCALA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G U A L 8 5 0 1 2 3 M Q R R L L 0 5	0

Puesto*

JEFA CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VANESSA GUADALUPE PEREZ CARDEÑA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C V 8 2 0 5 0 9 M Y N R R N 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ALEJANDRO GONZALEZ LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O L M 7 7 0 8 2 5 H Q R N P G 0 9	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE MARINA COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FELIPE GONGORA SOSA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O S F 6 3 0 2 0 4 H D F N S L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE INFORMATICA DE TRANSBORDADORES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUCY CRISTINA POLANCO POOT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O P L 7 3 0 6 0 6 M Y N L T C 0 9	0

Puesto*

TECNICA ESPECIALIZADA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CLAUDIA VILLASEÑOR SEPULVEDA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I S C 7 4 0 7 0 6 M D F L P L 1 2	0

Puesto*

TECNICA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DELFINA DEL PILAR VALLE CHALE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V A C D 6 6 1 0 1 2 M Y N L H L 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SERMENIO RODRIGO ZOZAYA VEGA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z O V S 7 3 0 3 1 3 H Y N Z G R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE SAN DIEGO CANUL BALAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A B S 7 3 1 1 1 3 H Y N N L N 0 9	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MILTON JEHU CABRERA LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A L M 8 6 0 4 2 0 H Q R B P L 0 9	0

Puesto*

JEFE FINANCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WENDY DE JESUS CATZIM CHIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C W 8 1 1 2 1 6 M Q R T H N 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

EMILIA DE JESUS NUÑEZ CHULIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N U C E 7 1 0 4 1 2 M Q R X H M 0 7	0

Puesto*

JEFA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

EMILIA DE JESUS NUÑEZ CHULIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N U C E 7 1 0 4 1 2 M Q R X H M 0 7	0

Puesto*

JEFA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XAVIER BETANCOURT SUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B E S F 8 7 0 2 0 3 H Y N T R R 0 8	0

Puesto*

TECNICO DILIGENCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LANDY NALLELY ARANDA PETUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A P L 9 4 0 7 1 4 M Y N R T N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G A A M 7 6 1 0 3 0 M V Z R L R 0 0	0

Puesto*

SUBGERENTA ADMINISTRATIVA DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

HUGO FRANCISCO VIDAL LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I L H 9 7 0 1 2 9 H Q R D P G 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO ADAME H LUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A H F 8 3 0 3 0 8 H Q R D X R 0 9	0

Puesto*

COORDINADOR DE FACTURACION Y COBRANZA DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JUAN RASSIEL CEN MAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C E M J 7 8 0 4 2 6 H Q R N Y N 0 2	0

Puesto*

JEFE CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REYNA VIVIANA PABLO NAVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A N R 9 2 1 0 2 2 M Q R B V Y 0 1	0

Puesto*

TECNICA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ALBERTO MAY PERERA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A P J 6 7 0 9 2 8 H Y N Y R R 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REGINA MARIA CHAB POOT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A P R 7 4 0 9 0 7 M Y N H T G 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DIANA MARIA ESTRELLA COX

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E E C D 9 4 0 7 1 2 M Q R S X N 0 7	0

Puesto*

TECNICA JURIDICA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ABRAHAM CACERES DZUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A D A 7 0 0 3 1 6 H Y N C Z B 0 5	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE TRANSBORDADORES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELSI DEL ROCIO JIMENEZ GARCIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
J I G E 7 6 0 4 1 1 M T C M R L 0 4	0

Puesto*

CAJERA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR MANUEL CANTO NOH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A N V 6 9 1 2 0 6 H Y N N H C 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAIME MANUEL CHAN COCOM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C J 6 4 0 9 1 2 H Y N H C M 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANTONIO ENRIQUE GUZMAN VAZQUEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G U V A 6 5 0 6 1 3 H C S Z Z N 0 4	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO MARTIN POOL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A P F 7 0 0 1 3 0 H Y N R L R 0 7	0

Puesto*

TECNICO DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PEDRO ADOLFO LEON LEON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L E L P 5 9 0 1 0 3 H Y N N N D 0 8	0

Puesto*

JEFE DE OPERACIONES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE IVAN NOVELO ALBORNOZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O A I 6 3 0 2 1 7 H Y N V L V 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ROMAN ALEXANDER VILLANUEVA SAURI

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I S R 7 9 0 8 0 9 H Q R L R M 0 4	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PEDRO VICENTE MAGAÑA ITZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A I P 8 1 0 6 0 5 H Y N G T D 0 2	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELISEO PEREZ DE LA CRUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C E 7 9 0 8 1 4 H T C R R L 1 8	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SELENE MARICELA TILAN ABNAL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T I A S 7 2 0 2 0 5 M Q R L B L 0 3	0

Puesto*

TECNICA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ALFREDO OCAMPO MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
O A M L 8 0 0 3 0 5 H Q R C R S 0 1	0

Puesto*

JEFE DE ALMACEN, TRAMITES E INVENTARIOS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ALBERTO YAM DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A D A 6 8 0 8 0 6 H Q R M Z L 0 2	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ALBERTO YAM DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A D A 6 8 0 8 0 6 H Q R M Z L 0 2	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CECILIO EULALIO CORTEZ FLORES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C O F C 6 6 1 1 2 2 H P L R L C 0 2	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ANGEL MARTIN ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A R M 5 4 0 3 1 0 H Y N R S G 0 8	0

Puesto*

SUBGERENTE DE SERVICIOS GENERALES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XOOL DZUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
X O D F 7 4 0 3 0 9 H Y N L Z R 0 4	0

Puesto*

OFICIAL DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ALEJANDRO CAN SANSOR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A S A 6 7 0 4 2 4 H Y N N N L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMIN PEREZ CANUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C J 6 4 0 2 0 6 H Y N R N R 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS ENRIQUE TUZ KOYOC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T U K C 7 5 1 2 0 5 H C C Z Y R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ARMIN ARIEL BALAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B A X A 7 9 0 3 0 3 H Y N L X R 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RUFINO ARMANDO LIZAMA MONTERO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L I M R 6 3 1 1 1 8 H Y N Z N F 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ARMANDO GUADALUPE PEÑA FERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E F A 7 2 1 2 1 2 H Q R X R R 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DEYVI ARMANDO PARRA CHUC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A C D 7 4 0 3 1 8 H Q R R H Y 1 2	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELBERT ARTURO CANCHE XOOL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A X E 8 5 1 2 1 4 H Y N N L L 0 2	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WILBERTH AVELINO POLANCO SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O S W 8 9 1 0 2 3 H Y N N L N 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMANDO ZOZAYA YEH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z O Y J 8 0 0 3 2 7 H Y N Z H R 0 3	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PAULO CESAR ORTIZ BORGES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
O I B P 7 7 0 1 2 2 H Q R R R L 0 2	0

Puesto*

OFICIAL DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ALBERTO CAAMAL GONGORA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A G L 6 7 1 2 1 3 H Y N M N S 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

IVAN ISAI DZIB MAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
D I M I 9 1 0 8 1 9 H Q R Z Y V 0 1	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ABRAHAM CACERES VILLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V L 9 5 0 2 2 0 H Q R C L S 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ABRAHAM CACERES VILLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V L 9 5 0 2 2 0 H Q R C L S 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE FRANCISCO LOPEZ MAGLAH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L O M F 7 7 0 7 1 2 H Q R P G R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PATRICIA BEATRIZ AGUILAR LEON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U L P 6 9 1 0 0 9 M Q R G N T 0 8	0

Puesto*

OFICIAL DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28	

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS MANUEL CAAMAL CAAMAL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C L 8 0 0 6 2 0 H Q R M M S 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RODOLFO RENAN PECH MAZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E M R 7 5 0 2 1 5 H Q R C Z D 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

OSCAR ANTONIO CATZIN CATZIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C X C O 9 4 0 7 2 9 H Q R T T S 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ADRIAN ESTRELLA LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E E L M 8 9 1 1 2 4 H Q R S P G 0 6	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA LUCILA DE LOS ANGELES ZIH DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z I D L 6 8 1 0 3 1 M Y N H Z C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS CARLOS AGUILAR ALCOCER

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U A L 7 3 1 1 0 9 H Y N G L S 0 7	0

Puesto*

JEFE DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ERIK ADRIAN PECH BASTARRACHEA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E B E 9 1 0 5 1 1 H Q R C S R 0 2	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE LA MARINA BANCO PLAYA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA REYES TAMAY CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C R 7 0 0 1 1 4 M Y N M N Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANTONIO MANUEL ACEVEDO ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A E R A 6 5 0 7 1 2 H Y N C S N 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ANDERAI AGUIRRE PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U P M 9 2 0 9 2 9 H Q R G R G 0 2	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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 MANUEL YAM ZIH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A Z R 9 8 0 2 1 1 H Q R M H Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR ALFONSO POOL CHAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O C V 8 5 0 3 0 3 H Y N L H C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANA LETICIA INTERIAN PECH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I E P A 7 9 0 8 0 2 M Y N N C N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MOISES MAY LEON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A L M 9 8 0 3 1 6 H T C Y N S 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOAQUIN RICARDO MORCILLO AVILA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M O A J 8 9 0 5 2 2 H Q R R V Q 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

IRMA TAMAY CIAU

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C I 7 0 0 1 0 9 M Y N M X R 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS HUMBERTO IX PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I X P C 8 5 0 2 2 2 H Q R X R R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

AUGUSTO CESAR COBA BORGES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C O B A 0 1 0 7 1 0 H Q R B R G A 5	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ROSA ISABEL CRUZ MAGAÑA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C U M R 8 7 0 4 0 6 M Q R R G S 1 8	0

Puesto*

SUBGERENTA ADMINISTRATIVA DE PUERTO JUAREZ E ISLA MUJERES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RICARDO NERY AZUETA SALAZAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U S R 6 2 0 5 2 6 H Q R Z L C 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RICARDO NERY AZUETA GIL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U G R 8 3 1 1 1 9 H Q R Z L C 0 9	0

Puesto*

JEFE FINANCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RUBEN RAFAEL MAGAÑA GARCIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A G R 7 3 0 9 0 3 H Q R G R B 0 7	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

KARLA YANETH GONZALEZ GIL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O G K 8 2 0 9 1 1 M Q R N L R 0 9	0

Puesto*

JEFA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CORAZON DE JESUS HERNANDEZ MORALES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
H E M C 8 4 0 5 3 0 M T C R R R 0 1	0

Puesto*

ENCARGADA DE LA COORDINACION CONTABLE Y FISCAL DE PUERTO JUAREZ

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ANTONIO CAMACHO SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A S L 8 7 0 6 1 3 H C S M N S 0 6	0

Puesto*

JEFE DE REGISTRO Y CONTROL DE INSTALACIONES PORTUARIAS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DAVID FIGUEROA GUTIERREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
F I G D 8 0 0 6 2 6 H V Z G T V 0 9	0

Puesto*

JEFE DE PROTECCION CIVIL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JONATHAN ASTERIO SALAZAR SERRANO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
S A S J 9 6 0 1 1 8 H Q R L R N 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAVIER AMIR GOMEZ MARRUFO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O M J 8 6 1 1 1 5 H Q R M R V 0 1	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD E HIGIENE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JESUS EDUARDO AYORA GOMEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A O G J 7 9 0 4 2 5 H Y N Y M S 0 1	0

Puesto*

TECNICO ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Oficinas Centrales)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M X M E 6 1 0 7 1 5 H Y N D N N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ENRIQUE CRISANTO NOH PISTE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O P E 7 4 1 0 2 5 H Y N H S N 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FELIPE GONGORA SOSA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O S F 6 3 0 2 0 4 H D F N S L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE INFORMATICA DE TRANSBORDADORES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

NAYDA VITALIA NUÑEZ CHULIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N U C N 7 9 0 9 1 9 M Q R X H Y 0 1	0

Puesto*

JEFA DE CARTERA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XAVIER BETANCOURT SUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B E S F 8 7 0 2 0 3 H Y N T R R 0 8	0

Puesto*

TECNICO DILIGENCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G A A M 7 6 1 0 3 0 M V Z R L R 0 0	0

Puesto*

SUBGERENTA ADMINISTRATIVA DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

GENARO ALTAMIRANO TAPIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A T G 7 3 0 9 1 9 H D F L P N 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2	De	2	0	2	1	0	6	1	1	a	2	0	2	1	0	6	1	1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MANUEL JESUS PACHECO SANTIAGO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A S M 6 7 1 2 2 1 H Y N C N N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JUVENTINO WITZIL ESTRELLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
W I E J 6 2 0 1 2 5 H Q R L S V 0 5	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAIME MANUEL CHAN COCOM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C J 6 4 0 9 1 2 H Y N H C M 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE IVAN NOVELO ALBORNOZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O A I 6 3 0 2 1 7 H Y N V L V 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	1	a	2	0	2	1	0	6	1	1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE DEL CARMEN CHULIN MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C U M C 6 3 1 1 2 6 H Q R H R R 0 1	0

Puesto*

SUPERVISOR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ANGEL MARTIN ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A R M 5 4 0 3 1 0 H Y N R S G 0 8	0

Puesto*

SUBGERENTE DE SERVICIOS GENERALES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	1	a	2	0	2	1	0	6	1	1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XOOL DZUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
X O D F 7 4 0 3 0 9 H Y N L Z R 0 4	0

Puesto*

OFICIAL DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMIN PEREZ CANUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C J 6 4 0 2 0 6 H Y N R N R 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ERIK ADRIAN PECH BASTARRACHEA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E B E 9 1 0 5 1 1 H Q R C S R 0 2	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE LA MARINA BANCO PLAYA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAVIER AMIR GOMEZ MARRUFO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O M J 8 6 1 1 1 5 H Q R M R V 0 1	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD E HIGIENE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELSI DEL ROCIO JIMENEZ GARCIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
J I G E 7 6 0 4 1 1 M T C M R L 0 4	0

Puesto*

CAJERA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO MARTIN POOL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A P F 7 0 0 1 3 0 H Y N R L R 0 7	0

Puesto*

TECNICO DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LANDY NALLELY ARANDA PETUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A P L 9 4 0 7 1 4 M Y N R T N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

NOE FEDERICO VALLE CHALE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V A C N 8 4 0 3 0 3 H Q R L H X 0 5	0

Puesto*

DILIGENCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LILIA YAZMIN GUERRA ALCALA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G U A L 8 5 0 1 2 3 M Q R R L L 0 5	0

Puesto*

JEFA CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FELIPE GONGORA SOSA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O S F 6 3 0 2 0 4 H D F N S L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE INFORMATICA DE TRANSBORDADORES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

NAYDA VITALIA NUÑEZ CHULIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N U C N 7 9 0 9 1 9 M Q R X H Y 0 1	0

Puesto*

JEFA DE CARTERA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CLAUDIA VILLASEÑOR SEPULVEDA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I S C 7 4 0 7 0 6 M D F L P L 1 2	0

Puesto*

TECNICA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SERMENIO RODRIGO ZOZAYA VEGA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z O V S 7 3 0 3 1 3 H Y N Z G R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MILTON JEHU CABRERA LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A L M 8 6 0 4 2 0 H Q R B P L 0 9	0

Puesto*

JEFE FINANCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XAVIER BETANCOURT SUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B E S F 8 7 0 2 0 3 H Y N T R R 0 8	0

Puesto*

TECNICO DILIGENCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

HUGO FRANCISCO VIDAL LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I L H 9 7 0 1 2 9 H Q R D P G 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DELFINA DEL PILAR VALLE CHALE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V A C D 6 6 1 0 1 2 M Y N L H L 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WENDY DE JESUS CATZIM CHIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C W 8 1 1 2 1 6 M Q R T H N 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO ADAME H LUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A H F 8 3 0 3 0 8 H Q R D X R 0 9	0

Puesto*

COORDINADOR DE FACTURACION Y COBRANZA DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JUAN RASSIEL CEN MAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C E M J 7 8 0 4 2 6 H Q R N Y N 0 2	0

Puesto*

JEFE CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REYNA VIVIANA PABLO NAVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A N R 9 2 1 0 2 2 M Q R B V Y 0 1	0

Puesto*

TECNICA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ALBERTO MAY PERERA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A P J 6 7 0 9 2 8 H Y N Y R R 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

GENARO ALTAMIRANO TAPIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A T G 7 3 0 9 1 9 H D F L P N 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REGINA MARIA CHAB POOT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A P R 7 4 0 9 0 7 M Y N H T G 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DIANA MARIA ESTRELLA COX

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E E C D 9 4 0 7 1 2 M Q R S X N 0 7	0

Puesto*

TECNICA JURIDICA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

HEIDY ANGULO VILLANUEVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U V H 8 0 0 1 0 8 M Q R N L D 0 0	0

Puesto*

JEFA JURIDICA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMANDO ZOZAYA YEH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z O Y J 8 0 0 3 2 7 H Y N Z H R 0 3	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ABRAHAM CACERES DZUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A D A 7 0 0 3 1 6 H Y N C Z B 0 5	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE TRANSBORDADORES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR MANUEL CANTO NOH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A N V 6 9 1 2 0 6 H Y N N H C 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAIME MANUEL CHAN COCOM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C J 6 4 0 9 1 2 H Y N H C M 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO MARTIN POOL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A P F 7 0 0 1 3 0 H Y N R L R 0 7	0

Puesto*

TECNICO DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PEDRO ADOLFO LEON LEON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L E L P 5 9 0 1 0 3 H Y N N N D 0 8	0

Puesto*

JEFE DE OPERACIONES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ROMAN ALEXANDER VILLANUEVA SAURI

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I S R 7 9 0 8 0 9 H Q R L R M 0 4	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PEDRO VICENTE MAGAÑA ITZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A I P 8 1 0 6 0 5 H Y N G T D 0 2	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELISEO PEREZ DE LA CRUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C E 7 9 0 8 1 4 H T C R R L 1 8	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SELENE MARICELA TILAN ABNAL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T I A S 7 2 0 2 0 5 M Q R L B L 0 3	0

Puesto*

TECNICA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ALFREDO OCAMPO MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
O A M L 8 0 0 3 0 5 H Q R C R S 0 1	0

Puesto*

JEFE DE ALMACEN, TRAMITES E INVENTARIOS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 8	a	2 0 2 1	0 6	1 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CECILIO EULALIO CORTEZ FLORES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C O F C 6 6 1 1 2 2 H P L R L C 0 2	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE DEL CARMEN CHULIN MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C U M C 6 3 1 1 2 6 H Q R H R R 0 1	0

Puesto*

SUPERVISOR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE DEL CARMEN CHULIN MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C U M C 6 3 1 1 2 6 H Q R H R R 0 1	0

Puesto*

SUPERVISOR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ANGEL MARTIN ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A R M 5 4 0 3 1 0 H Y N R S G 0 8	0

Puesto*

SUBGERENTE DE SERVICIOS GENERALES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ALEJANDRO CAN SANSOR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A S A 6 7 0 4 2 4 H Y N N N L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ALEJANDRO CAN SANSOR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A S A 6 7 0 4 2 4 H Y N N N L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMIN PEREZ CANUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C J 6 4 0 2 0 6 H Y N R N R 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS ENRIQUE TUZ KOYOC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T U K C 7 5 1 2 0 5 H C C Z Y R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ARMIN ARIEL BALAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B A X A 7 9 0 3 0 3 H Y N L X R 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ARMANDO GUADALUPE PEÑA FERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E F A 7 2 1 2 1 2 H Q R X R R 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DEYVI ARMANDO PARRA CHUC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A C D 7 4 0 3 1 8 H Q R R H Y 1 2	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARTA JUSTINA MAZA ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A R M 6 4 1 0 3 0 M Y N Z S R 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PAULO CESAR ORTIZ BORGES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
O I B P 7 7 0 1 2 2 H Q R R R L 0 2	0

Puesto*

OFICIAL DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ALBERTO CAAMAL GONGORA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A G L 6 7 1 2 1 3 H Y N M N S 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 8	a	2 0 2 1	0 6	1 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS ANTONIO GARCIA CASTRO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G A C C 8 5 0 1 2 7 H O C R S R 0 6	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 8	a	2 0 2 1	0 6	1 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE FRANCISCO LOPEZ MAGLAH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L O M F 7 7 0 7 1 2 H Q R P G R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS MANUEL CAAMAL CAAMAL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C L 8 0 0 6 2 0 H Q R M M S 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

OSCAR ANTONIO CATZIN CATZIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C X C O 9 4 0 7 2 9 H Q R T T S 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 8	a	2 0 2 1	0 6	1 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA LUCILA DE LOS ANGELES ZIH DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z I D L 6 8 1 0 3 1 M Y N H Z C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS CARLOS AGUILAR ALCOCER

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U A L 7 3 1 1 0 9 H Y N G L S 0 7	0

Puesto*

JEFE DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA REYES TAMAY CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C R 7 0 0 1 1 4 M Y N M N Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANTONIO MANUEL ACEVEDO ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A E R A 6 5 0 7 1 2 H Y N C S N 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIO COCOM CHAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C O C M 6 4 1 1 0 2 H Y N C H R 0 9	0

Puesto*

TECNICO DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR ALFONSO POOL CHAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O C V 8 5 0 3 0 3 H Y N L H C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JULIO CESAR LOPEZ PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L O P J 7 6 0 1 2 0 H C S P R L 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MOISES MAY LEON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A L M 9 8 0 3 1 6 H T C Y N S 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOAQUIN RICARDO MORCILLO AVILA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M O A J 8 9 0 5 2 2 H Q R R V Q 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MINELLY DOLORES SANGUINO MOO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
S A M M 7 8 1 1 0 1 M Q R N X N 0 9	0

Puesto*

CAJERA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANTONIO DE JESUS MENDEZ ENCALADA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M E E A 6 9 0 1 2 0 H Y N N N N 0 5	0

Puesto*

JEFE DE FACTURACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RICARDO NERY AZUETA SALAZAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U S R 6 2 0 5 2 6 H Q R Z L C 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RICARDO NERY AZUETA GIL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U G R 8 3 1 1 1 9 H Q R Z L C 0 9	0

Puesto*

JEFE FINANCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 8	a	2 0 2 1	0 6	1 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ALBERTO AZUETA GIL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U G L 8 5 1 1 0 1 H Q R Z L S 0 9	0

Puesto*

JEFE ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CANDELARIA CONCEPCION NOH GOMEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O G C 8 2 1 2 2 8 M Q R H M N 1 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JULIANA PRISCILA AREVALO CORNELIO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A E C J 8 3 0 9 2 9 M T C R R L 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CESAR IVAN CAMPOS CANUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C C 7 8 0 8 2 1 H D F M N S 0 7	0

Puesto*

JEFE ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VERONICA CASTRO REYES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A R V 7 2 0 7 0 9 M C C S Y R 0 3	0

Puesto*

TECNICA ESPECIALIZADA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUCERO IVONNE RAMIREZ BRAVO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
R A B L 9 5 0 6 0 5 M C S M R C 0 1	0

Puesto*

TECNICA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIANNI DEL CARMEN CHAVEZ MAGAÑA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A M M 7 8 0 3 2 6 M Q R H G R 0 7	0

Puesto*

TECNICA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DIANA GUADALUPE CAAMAL DOMINGUEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A D D 9 4 1 0 1 7 M Q R M M N 0 8	0

Puesto*

TECNICA CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARTIN MARTINEZ SILVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A S M 8 1 1 1 0 3 H V Z R L R 0 1	0

Puesto*

ENCARGADO DE LA COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS DE PUERTO JUAREZ E ISLA MUJERES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO JAVIER AVALOS LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A L F 9 0 1 1 0 4 H Q R V P R 0 3	0

Puesto*

JEFE DE INFORMATICA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

HILDA MARLENE HERNANDEZ VELASCO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
H E V H 6 7 0 6 1 7 M D F R L L 0 1	0

Puesto*

JEFA DE RELACIONES PUBLICAS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ISAURO DIAZ SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
D I S I 8 4 0 5 0 3 H C S Z N S 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARTIN ROMAN SOLIS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
R O S M 7 3 0 1 3 0 H V Z M L R 0 5	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SILVIA DEL CARMEN MENDOZA GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M E G S 7 6 1 1 0 3 M T C N N L 0 1	0

Puesto*

SUPERVISORA DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ALVARO BARBARO RIOS FERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
R I F A 6 5 0 9 0 8 H Y N S R L 0 1	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE PUERTO JUAREZ

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DAVID FIGUEROA GUTIERREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
F I G D 8 0 0 6 2 6 H V Z G T V 0 9	0

Puesto*

JEFE DE PROTECCION CIVIL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JONATHAN ASTERIO SALAZAR SERRANO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
S A S J 9 6 0 1 1 8 H Q R L R N 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARICELA VAZQUEZ YAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V A Y M 8 9 0 7 1 3 M Y N Z M R 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ERIK GERARDO GONGORA LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O L E 9 4 0 5 1 4 H Q R N P R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL RICARDO CANUL TUN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A T M 7 9 0 5 1 7 H Y N N N G 0 7	0

Puesto*

SUPERVISOR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAVIER AMIR GOMEZ MARRUFO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O M J 8 6 1 1 1 5 H Q R M R V 0 1	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD E HIGIENE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VIRGINIA ESPINOSA MARQUEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E I M V 7 4 1 1 0 6 M V Z S R R 0 6	0

Puesto*

GERENTA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Oficinas Centrales)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE JUAN HERNANDEZ ALVARADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
H E A J 7 5 1 1 1 7 H V Z R L N 1 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M X M E 6 1 0 7 1 5 H Y N D N N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

BRENDA MARIA ERCILA TAMAYO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E I T B 9 3 0 9 1 1 M Q R R M R 0 9	0

Puesto*

TECNICA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Oficinas Centrales)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JESUS ROMARIO UC CAAMAL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
U X C J 9 4 0 9 2 6 H Q R C M S 0 8	0

Puesto*

TECNICO ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Oficinas Centrales)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

YOUALI ALEJANDRO EK POLANCO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E X P Y 7 7 1 2 0 5 H Q R K L L 0 1	0

Puesto*

COORDINADOR DE PRESUPUESTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Oficinas Centrales)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CHRISTIAN MARINE CAAMAL SUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A S C 9 2 0 6 0 8 M Q R M R H 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REGINA MARIA CHAB POOT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A P R 7 4 0 9 0 7 M Y N H T G 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANTONIO MANUEL ACEVEDO ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A E R A 6 5 0 7 1 2 H Y N C S N 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS HUMBERTO IX PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I X P C 8 5 0 2 2 2 H Q R X R R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VANESSA GUADALUPE PEREZ CARDEÑA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C V 8 2 0 5 0 9 M Y N R R N 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I C M 7 9 0 1 2 8 H Q R L R R 0 4	0

Puesto*

JEFE DE RECURSOS HUMANOS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DELFINA DEL PILAR VALLE CHALE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V A C D 6 6 1 0 1 2 M Y N L H L 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR MANUEL CHAN KUMUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A K V 7 2 0 7 2 8 H Y N H M C 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE SAN DIEGO CANUL BALAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A B S 7 3 1 1 1 3 H Y N N L N 0 9	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XAVIER BETANCOURT SUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B E S F 8 7 0 2 0 3 H Y N T R R 0 8	0

Puesto*

TECNICO DILIGENCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G A A M 7 6 1 0 3 0 M V Z R L R 0 0	0

Puesto*

SUBGERENTA ADMINISTRATIVA DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ADRIAN ESTRELLA LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E E L M 8 9 1 1 2 4 H Q R S P G 0 6	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RAY NADIR IRIZZONT MARRUFO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I I M R 8 0 0 9 1 2 H Q R R R Y 0 9	0

Puesto*

SUBGERENTE DE OPERACIONES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS RAMON EK TILAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E X T C 8 4 0 8 0 8 H Y N K L R 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MANUEL JESUS PACHECO SANTIAGO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A S M 6 7 1 2 2 1 H Y N C N N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELBERT ARTURO CANCHE XOOL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A X E 8 5 1 2 1 4 H Y N N L L 0 2	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SALVADOR MEDINA MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M E M S 6 1 0 5 1 6 H Y N D R L 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE IVAN NOVELO ALBORNOZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O A I 6 3 0 2 1 7 H Y N V L V 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RAUL ALBERTO NOVELO NUÑEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O N R 6 8 0 3 0 5 H Q R V X L 0 5	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ALBERTO YAM DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A D A 6 8 0 8 0 6 H Q R M Z L 0 2	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCIS MANUEL CABALLERO VILLANUEVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V F 8 0 0 2 2 2 H Q R B L R 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WILBERTH AVELINO POLANCO SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O S W 8 9 1 0 2 3 H Y N N L N 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

IVAN ISAI DZIB MAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
D I M I 9 1 0 8 1 9 H Q R Z Y V 0 1	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ABRAHAM CACERES VILLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V L 9 5 0 2 2 0 H Q R C L S 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ENRIQUE CRISANTO NOH PISTE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O P E 7 4 1 0 2 5 H Y N H S N 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RODOLFO RENAN PECH MAZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E M R 7 5 0 2 1 5 H Q R C Z D 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA LUCILA DE LOS ANGELES ZIH DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z I D L 6 8 1 0 3 1 M Y N H Z C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ERIK ADRIAN PECH BASTARRACHEA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E B E 9 1 0 5 1 1 H Q R C S R 0 2	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE LA MARINA BANCO PLAYA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ERIK ADRIAN PECH BASTARRACHEA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E B E 9 1 0 5 1 1 H Q R C S R 0 2	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE LA MARINA BANCO PLAYA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ANDERAI AGUIRRE PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U P M 9 2 0 9 2 9 H Q R G R G 0 2	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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 MANUEL YAM ZIH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A Z R 9 8 0 2 1 1 H Q R M H Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U H S 7 2 0 8 2 0 M V Z G R N 1 5	0

Puesto*

SUBGERENTA DE OPERACIONES DE LA TERMINAL DE TRANSBORDADORES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR ALFONSO POOL CHAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O C V 8 5 0 3 0 3 H Y N L H C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANA LETICIA INTERIAN PECH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I E P A 7 9 0 8 0 2 M Y N N C N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

NEYVI DALIA CELIS TREJO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C E T N 8 1 1 0 0 3 M Y N L R Y 0 6	0

Puesto*

TECNICA ESPECIALIZADA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA BEATRIZ KU SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
K U S B 8 6 0 9 0 2 M Q R X N T 0 2	0

Puesto*

TECNICA ESPECIALIZADA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DAVID FIGUEROA GUTIERREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
F I G D 8 0 0 6 2 6 H V Z G T V 0 9	0

Puesto*

JEFE DE PROTECCION CIVIL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	26	a	2021	06	26	

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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.

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: E076 - Fortalecimiento del Sector Portuario

UNIDAD RESPONSABLE: 4501-1406 - Gerencia de Administración y Finanzas

ACTIVIDAD F.P.C02.A01 - Impulsar acciones permanentes para fortalecer el respeto a los derechos humanos

IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR	
Indicador	APIQROOC2A02 - Porcentaje de personal capacitado Impulsando las acciones permanentes para fortalecer el respeto a los derechos humanos

VARIABLES			
NUMERADOR	Numero de empleados certificados	**Unidad de Medida del Numerador**	546 - Persona Certificada ()
DENOMINADOR	Numero total de participantes	**Unidad de Medida del Denominador**	569 - Personal ()

METAS

Linea Base		Año Meta	Meta Programada en el Año	Tipo de Meta	Comportamiento del Indicador hacia la Meta	Tipo de Método	Semaforización					
Año:	2019						**Verde**		**Amarillo**		**Rojo**	
Valor:	0.000	2021	100.000	ACUMULATIVA	ASCENDENTE	PORCENTAJE	85.000	115.000	75.000	84.999	74.999	115.001

Variable	Calendario Programado												
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Total**
NUMERADOR	0.000	0.000	37.000	0.000	0.000	60.000	0.000	0.000	65.000	0.000	0.000	37.000	199.000
DENOMINADOR	1.000	1.000	37.000	1.000	1.000	60.000	1.000	1.000	65.000	1.000	1.000	37.000	199.000

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Total**
NUMERADOR	0.000	20.000	22.000	11.000	23.000	26.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	102.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
DENOMINADOR	1.000	1.000	37.000	1.000	1.000	60.000	1.000	1.000	65.000	1.000	1.000	37.000	100.000

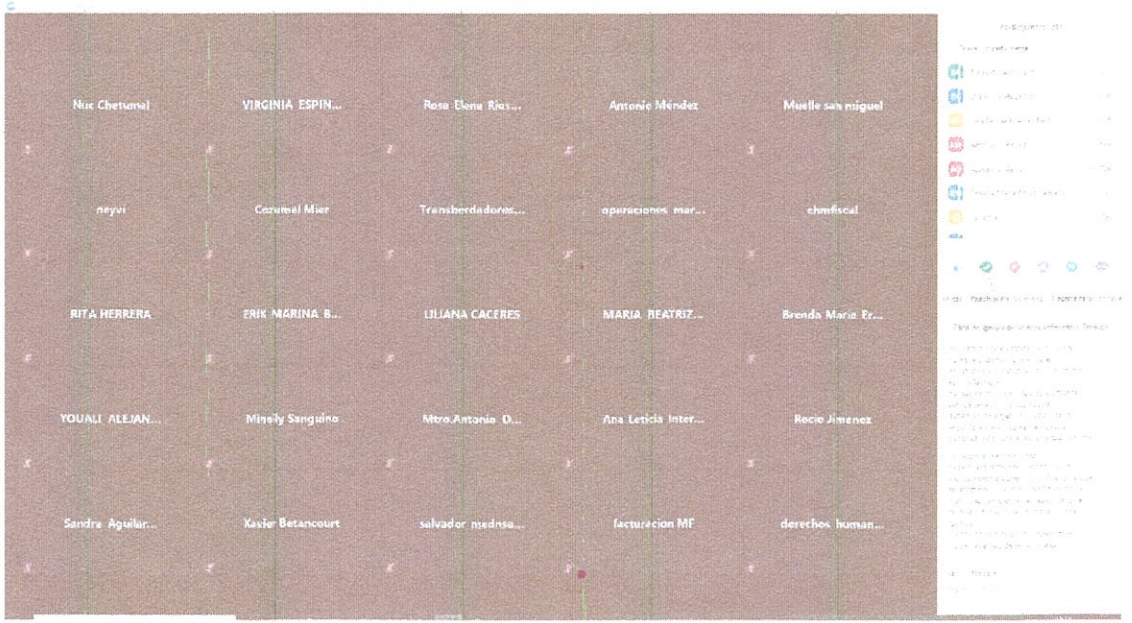
AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
100.000	96.774	96.774	100.000	100.000	102.000	102.000	102.000	0.000	3.333

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
96.774	VERDE	Se realiza capacitación en temas del derecho humano a un ambiente sano, grupos en condiciones de vulnerabilidad y masculinidades

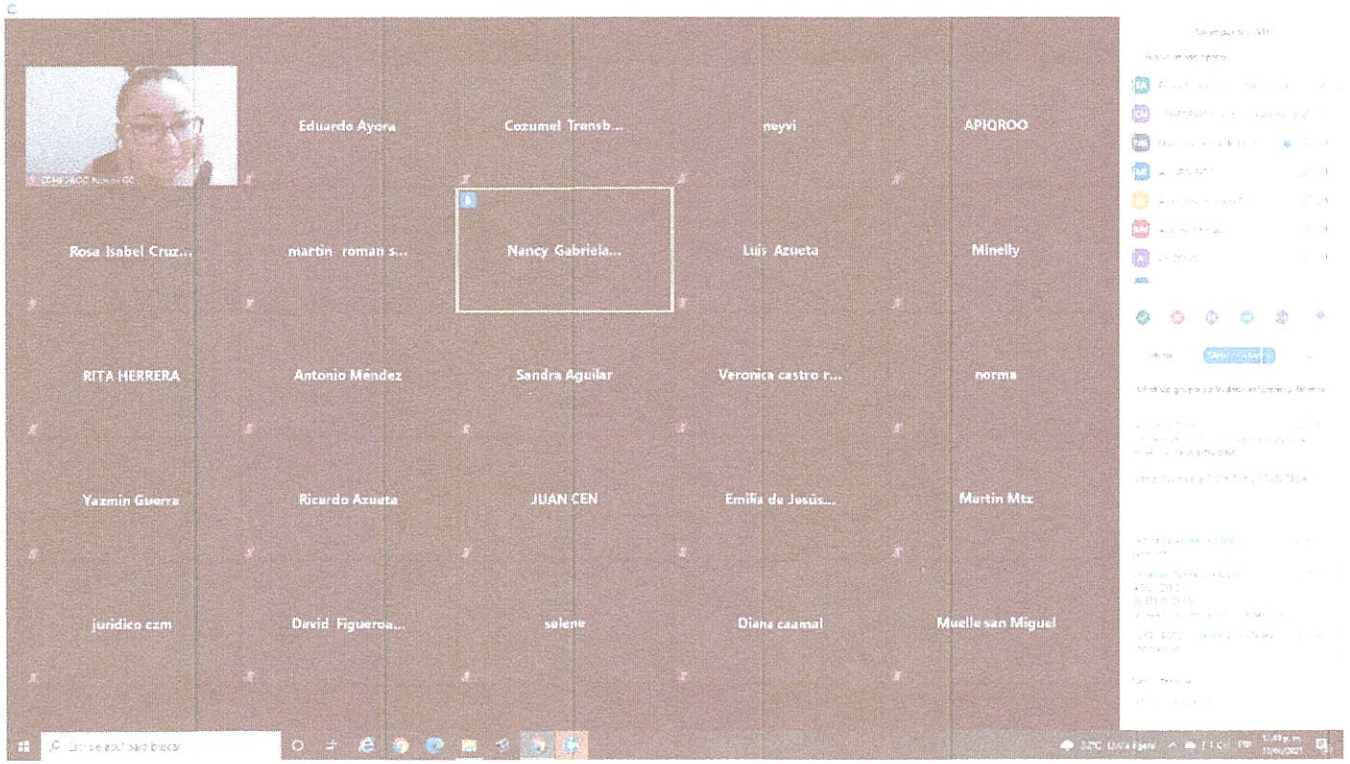
Elaboró **Revisó** **Autorizó**

CURSO CDH 23 DE ABRIL

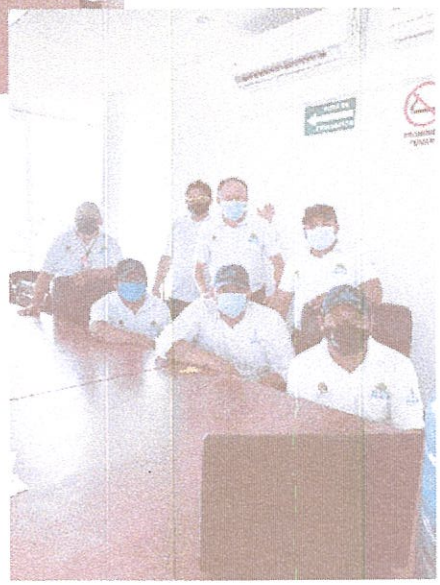
CURSO CDH 28 DE MAYO



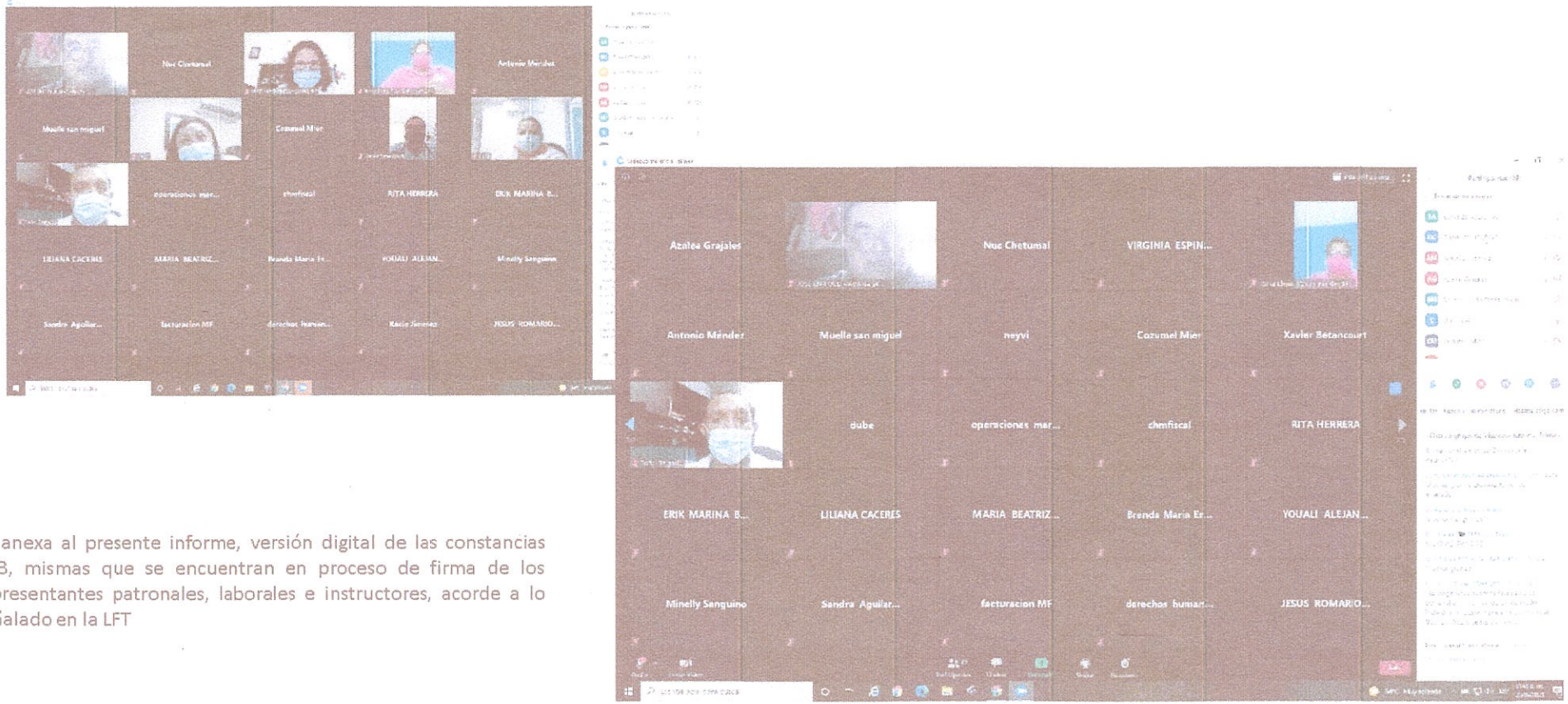
CURSO CDH 18 DE JUNIO



CURSO CDH 11 DE JUNIO



CURSO CDH 25 DE JUNIO



Se anexa al presente informe, versión digital de las constancias DC3, mismas que se encuentran en proceso de firma de los representantes patronales, laborales e instructores, acorde a lo señalado en la LFT

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

PEDRO VICENTE MAGAÑA ITZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A I P 8 1 0 6 0 5 H Y N G T D 0 2	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 4	2 3	a	2 0 2 1	0 4	2 3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR MANUEL CHAN KUMUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A K V 7 2 0 7 2 8 H Y N H M C 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SERMENIO RODRIGO ZOZAYA VEGA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z O V S 7 3 0 3 1 3 H Y N Z G R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE SAN DIEGO CANUL BALAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A B S 7 3 1 1 1 3 H Y N N L N 0 9	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WENDY DE JESUS CATZIM CHIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C W 8 1 1 2 1 6 M Q R T H N 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LILIANA DEL SOCORRO CACERES VILLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V L 9 7 0 9 0 8 M Q R C L L 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RAY NADIR IRIZZONT MARRUFO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I I M R 8 0 0 9 1 2 H Q R R R Y 0 9	0

Puesto*

SUBGERENTE DE OPERACIONES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REYNA VIVIANA PABLO NAVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A N R 9 2 1 0 2 2 M Q R B V Y 0 1	0

Puesto*

TECNICA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

GENARO ALTAMIRANO TAPIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A T G 7 3 0 9 1 9 H D F L P N 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MANUEL JESUS PACHECO SANTIAGO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A S M 6 7 1 2 2 1 H Y N C N N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR MANUEL CANTO NOH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A N V 6 9 1 2 0 6 H Y N N H C 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RAUL ALBERTO NOVELO NUÑEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O N R 6 8 0 3 0 5 H Q R V X L 0 5	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CECILIO EULALIO CORTEZ FLORES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C O F C 6 6 1 1 2 2 H P L R L C 0 2	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMIN PEREZ CANUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C J 6 4 0 2 0 6 H Y N R N R 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS ENRIQUE TUZ KOYOC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T U K C 7 5 1 2 0 5 H C C Z Y R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RUFINO ARMANDO LIZAMA MONTERO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L I M R 6 3 1 1 1 8 H Y N Z N F 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WILBERTH AVELINO POLANCO SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O S W 8 9 1 0 2 3 H Y N N L N 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	04	23	a	2021	04	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ABRAHAM CACERES VILLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V L 9 5 0 2 2 0 H Q R C L S 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE FRANCISCO LOPEZ MAGLAH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L O M F 7 7 0 7 1 2 H Q R P G R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ENRIQUE CRISANTO NOH PISTE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O P E 7 4 1 0 2 5 H Y N H S N 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

OSCAR ANTONIO CATZIN CATZIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C X C O 9 4 0 7 2 9 H Q R T T S 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	04	23	a	2021	04	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

BALTAZAR VILLEGAS CARRILLO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I C B 8 4 0 7 1 2 H Q R L R L 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA LUCILA DE LOS ANGELES ZIH DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z I D L 6 8 1 0 3 1 M Y N H Z C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA REYES TAMAY CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C R 7 0 0 1 1 4 M Y N M N Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA REYES TAMAY CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C R 7 0 0 1 1 4 M Y N M N Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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 MANUEL YAM ZIH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A Z R 9 8 0 2 1 1 H Q R M H Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JULIO CESAR LOPEZ PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L O P J 7 6 0 1 2 0 H C S P R L 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2	De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

IRMA TAMAY CIAU

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C I 7 0 0 1 0 9 M Y N M X R 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Derecho a un ambiente sano

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	4	2	3	a	2	0	2	1	0	4	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LUIS JAVIER CIMA POOL - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LUIS JAVIER CIMA POOL	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ROSENDO RAMOS HURTADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
R A H R 5 5 0 4 1 5 H J C M R S 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

GERARDO PALOMO QUETZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A Q G 5 5 0 9 2 4 H Q R L T R 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARCO ANTONIO BE POOT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B E P M 5 9 0 6 1 8 H Y N X T R 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V E Z R 8 5 0 5 2 8 H S L R Y M 0 5	0

Puesto*

JEFE DE RECINTO ZONA SUR

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

IRIS ANEL MAGAÑA DE LA CRUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A C I 7 9 0 4 0 8 M T C G R R 0 7	0

Puesto*

REPRESENTANTE DE LA API EN PUERTO JUAREZ E ISLA MUJERES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LILIA YAZMIN GUERRA ALCALA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G U A L 8 5 0 1 2 3 M Q R R L L 0 5	0

Puesto*

JEFA CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VANESSA GUADALUPE PEREZ CARDEÑA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C V 8 2 0 5 0 9 M Y N R R N 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ALEJANDRO GONZALEZ LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O L M 7 7 0 8 2 5 H Q R N P G 0 9	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE MARINA COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FELIPE GONGORA SOSA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O S F 6 3 0 2 0 4 H D F N S L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE INFORMATICA DE TRANSBORDADORES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUCY CRISTINA POLANCO POOT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O P L 7 3 0 6 0 6 M Y N L T C 0 9	0

Puesto*

TECNICA ESPECIALIZADA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CLAUDIA VILLASEÑOR SEPULVEDA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I S C 7 4 0 7 0 6 M D F L P L 1 2	0

Puesto*

TECNICA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DELFINA DEL PILAR VALLE CHALE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V A C D 6 6 1 0 1 2 M Y N L H L 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SERMENIO RODRIGO ZOZAYA VEGA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z O V S 7 3 0 3 1 3 H Y N Z G R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE SAN DIEGO CANUL BALAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A B S 7 3 1 1 1 3 H Y N N L N 0 9	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MILTON JEHU CABRERA LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A L M 8 6 0 4 2 0 H Q R B P L 0 9	0

Puesto*

JEFE FINANCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WENDY DE JESUS CATZIM CHIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C W 8 1 1 2 1 6 M Q R T H N 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

EMILIA DE JESUS NUÑEZ CHULIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N U C E 7 1 0 4 1 2 M Q R X H M 0 7	0

Puesto*

JEFA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

EMILIA DE JESUS NUÑEZ CHULIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N U C E 7 1 0 4 1 2 M Q R X H M 0 7	0

Puesto*

JEFA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XAVIER BETANCOURT SUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B E S F 8 7 0 2 0 3 H Y N T R R 0 8	0

Puesto*

TECNICO DILIGENCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LANDY NALLELY ARANDA PETUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A P L 9 4 0 7 1 4 M Y N R T N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G A A M 7 6 1 0 3 0 M V Z R L R 0 0	0

Puesto*

SUBGERENTA ADMINISTRATIVA DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

HUGO FRANCISCO VIDAL LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I L H 9 7 0 1 2 9 H Q R D P G 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO ADAME H LUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A H F 8 3 0 3 0 8 H Q R D X R 0 9	0

Puesto*

COORDINADOR DE FACTURACION Y COBRANZA DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JUAN RASSIEL CEN MAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C E M J 7 8 0 4 2 6 H Q R N Y N 0 2	0

Puesto*

JEFE CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REYNA VIVIANA PABLO NAVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A N R 9 2 1 0 2 2 M Q R B V Y 0 1	0

Puesto*

TECNICA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ALBERTO MAY PERERA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A P J 6 7 0 9 2 8 H Y N Y R R 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REGINA MARIA CHAB POOT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A P R 7 4 0 9 0 7 M Y N H T G 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DIANA MARIA ESTRELLA COX

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E E C D 9 4 0 7 1 2 M Q R S X N 0 7	0

Puesto*

TECNICA JURIDICA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ABRAHAM CACERES DZUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A D A 7 0 0 3 1 6 H Y N C Z B 0 5	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE TRANSBORDADORES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELSI DEL ROCIO JIMENEZ GARCIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
J I G E 7 6 0 4 1 1 M T C M R L 0 4	0

Puesto*

CAJERA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR MANUEL CANTO NOH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A N V 6 9 1 2 0 6 H Y N N H C 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAIME MANUEL CHAN COCOM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C J 6 4 0 9 1 2 H Y N H C M 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANTONIO ENRIQUE GUZMAN VAZQUEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G U V A 6 5 0 6 1 3 H C S Z Z N 0 4	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO MARTIN POOL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A P F 7 0 0 1 3 0 H Y N R L R 0 7	0

Puesto*

TECNICO DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PEDRO ADOLFO LEON LEON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L E L P 5 9 0 1 0 3 H Y N N N D 0 8	0

Puesto*

JEFE DE OPERACIONES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE IVAN NOVELO ALBORNOZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O A I 6 3 0 2 1 7 H Y N V L V 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ROMAN ALEXANDER VILLANUEVA SAURI

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I S R 7 9 0 8 0 9 H Q R L R M 0 4	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PEDRO VICENTE MAGAÑA ITZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A I P 8 1 0 6 0 5 H Y N G T D 0 2	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELISEO PEREZ DE LA CRUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C E 7 9 0 8 1 4 H T C R R L 1 8	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SELENE MARICELA TILAN ABNAL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T I A S 7 2 0 2 0 5 M Q R L B L 0 3	0

Puesto*

TECNICA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ALFREDO OCAMPO MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
O A M L 8 0 0 3 0 5 H Q R C R S 0 1	0

Puesto*

JEFE DE ALMACEN, TRAMITES E INVENTARIOS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ALBERTO YAM DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A D A 6 8 0 8 0 6 H Q R M Z L 0 2	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ALBERTO YAM DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A D A 6 8 0 8 0 6 H Q R M Z L 0 2	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CECILIO EULALIO CORTEZ FLORES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C O F C 6 6 1 1 2 2 H P L R L C 0 2	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ANGEL MARTIN ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A R M 5 4 0 3 1 0 H Y N R S G 0 8	0

Puesto*

SUBGERENTE DE SERVICIOS GENERALES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XOOL DZUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
X O D F 7 4 0 3 0 9 H Y N L Z R 0 4	0

Puesto*

OFICIAL DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ALEJANDRO CAN SANSOR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A S A 6 7 0 4 2 4 H Y N N N L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMIN PEREZ CANUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C J 6 4 0 2 0 6 H Y N R N R 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS ENRIQUE TUZ KOYOC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T U K C 7 5 1 2 0 5 H C C Z Y R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ARMIN ARIEL BALAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B A X A 7 9 0 3 0 3 H Y N L X R 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RUFINO ARMANDO LIZAMA MONTERO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L I M R 6 3 1 1 1 8 H Y N Z N F 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ARMANDO GUADALUPE PEÑA FERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E F A 7 2 1 2 1 2 H Q R X R R 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DEYVI ARMANDO PARRA CHUC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A C D 7 4 0 3 1 8 H Q R R H Y 1 2	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELBERT ARTURO CANCHE XOOL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A X E 8 5 1 2 1 4 H Y N N L L 0 2	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WILBERTH AVELINO POLANCO SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O S W 8 9 1 0 2 3 H Y N N L N 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMANDO ZOZAYA YEH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z O Y J 8 0 0 3 2 7 H Y N Z H R 0 3	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PAULO CESAR ORTIZ BORGES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
O I B P 7 7 0 1 2 2 H Q R R R L 0 2	0

Puesto*

OFICIAL DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ALBERTO CAAMAL GONGORA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A G L 6 7 1 2 1 3 H Y N M N S 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

IVAN ISAI DZIB MAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
D I M I 9 1 0 8 1 9 H Q R Z Y V 0 1	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ABRAHAM CACERES VILLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V L 9 5 0 2 2 0 H Q R C L S 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ABRAHAM CACERES VILLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V L 9 5 0 2 2 0 H Q R C L S 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE FRANCISCO LOPEZ MAGLAH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L O M F 7 7 0 7 1 2 H Q R P G R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PATRICIA BEATRIZ AGUILAR LEON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U L P 6 9 1 0 0 9 M Q R G N T 0 8	0

Puesto*

OFICIAL DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	05	28	a	2021	05	28	

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS MANUEL CAAMAL CAAMAL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C L 8 0 0 6 2 0 H Q R M M S 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RODOLFO RENAN PECH MAZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E M R 7 5 0 2 1 5 H Q R C Z D 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

OSCAR ANTONIO CATZIN CATZIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C X C O 9 4 0 7 2 9 H Q R T T S 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ADRIAN ESTRELLA LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E E L M 8 9 1 1 2 4 H Q R S P G 0 6	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA LUCILA DE LOS ANGELES ZIH DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z I D L 6 8 1 0 3 1 M Y N H Z C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS CARLOS AGUILAR ALCOCER

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U A L 7 3 1 1 0 9 H Y N G L S 0 7	0

Puesto*

JEFE DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ERIK ADRIAN PECH BASTARRACHEA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E B E 9 1 0 5 1 1 H Q R C S R 0 2	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE LA MARINA BANCO PLAYA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA REYES TAMAY CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C R 7 0 0 1 1 4 M Y N M N Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANTONIO MANUEL ACEVEDO ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A E R A 6 5 0 7 1 2 H Y N C S N 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ANDERAI AGUIRRE PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U P M 9 2 0 9 2 9 H Q R G R G 0 2	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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 MANUEL YAM ZIH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A Z R 9 8 0 2 1 1 H Q R M H Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR ALFONSO POOL CHAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O C V 8 5 0 3 0 3 H Y N L H C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANA LETICIA INTERIAN PECH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I E P A 7 9 0 8 0 2 M Y N N C N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MOISES MAY LEON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A L M 9 8 0 3 1 6 H T C Y N S 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOAQUIN RICARDO MORCILLO AVILA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M O A J 8 9 0 5 2 2 H Q R R V Q 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

IRMA TAMAY CIAU

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C I 7 0 0 1 0 9 M Y N M X R 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS HUMBERTO IX PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I X P C 8 5 0 2 2 2 H Q R X R R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

AUGUSTO CESAR COBA BORGES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C O B A 0 1 0 7 1 0 H Q R B R G A 5	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ROSA ISABEL CRUZ MAGAÑA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C U M R 8 7 0 4 0 6 M Q R R G S 1 8	0

Puesto*

SUBGERENTA ADMINISTRATIVA DE PUERTO JUAREZ E ISLA MUJERES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RICARDO NERY AZUETA SALAZAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U S R 6 2 0 5 2 6 H Q R Z L C 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RICARDO NERY AZUETA GIL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U G R 8 3 1 1 1 9 H Q R Z L C 0 9	0

Puesto*

JEFE FINANCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RUBEN RAFAEL MAGAÑA GARCIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A G R 7 3 0 9 0 3 H Q R G R B 0 7	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

KARLA YANETH GONZALEZ GIL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O G K 8 2 0 9 1 1 M Q R N L R 0 9	0

Puesto*

JEFA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CORAZON DE JESUS HERNANDEZ MORALES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
H E M C 8 4 0 5 3 0 M T C R R R 0 1	0

Puesto*

ENCARGADA DE LA COORDINACION CONTABLE Y FISCAL DE PUERTO JUAREZ

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ANTONIO CAMACHO SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A S L 8 7 0 6 1 3 H C S M N S 0 6	0

Puesto*

JEFE DE REGISTRO Y CONTROL DE INSTALACIONES PORTUARIAS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DAVID FIGUEROA GUTIERREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
F I G D 8 0 0 6 2 6 H V Z G T V 0 9	0

Puesto*

JEFE DE PROTECCION CIVIL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	05	28	a	2021	05	28

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JONATHAN ASTERIO SALAZAR SERRANO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
S A S J 9 6 0 1 1 8 H Q R L R N 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	5	2	8	a	2	0	2	1	0	5	2	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAVIER AMIR GOMEZ MARRUFO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O M J 8 6 1 1 1 5 H Q R M R V 0 1	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD E HIGIENE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Principio y derecho a la igualdad y no discriminación

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 5	2 8	a	2 0 2 1	0 5	2 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

TERESA DE JESUS CHABLÉ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
TERESA DE JESUS CHABLÉ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JESUS EDUARDO AYORA GOMEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A O G J 7 9 0 4 2 5 H Y N Y M S 0 1	0

Puesto*

TECNICO ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Oficinas Centrales)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M X M E 6 1 0 7 1 5 H Y N D N N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ENRIQUE CRISANTO NOH PISTE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O P E 7 4 1 0 2 5 H Y N H S N 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FELIPE GONGORA SOSA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O S F 6 3 0 2 0 4 H D F N S L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE INFORMATICA DE TRANSBORDADORES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

NAYDA VITALIA NUÑEZ CHULIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N U C N 7 9 0 9 1 9 M Q R X H Y 0 1	0

Puesto*

JEFA DE CARTERA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XAVIER BETANCOURT SUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B E S F 8 7 0 2 0 3 H Y N T R R 0 8	0

Puesto*

TECNICO DILIGENCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G A A M 7 6 1 0 3 0 M V Z R L R 0 0	0

Puesto*

SUBGERENTA ADMINISTRATIVA DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

GENARO ALTAMIRANO TAPIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A T G 7 3 0 9 1 9 H D F L P N 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2	De	2	0	2	1	0	6	1	1	a	2	0	2	1	0	6	1	1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MANUEL JESUS PACHECO SANTIAGO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A S M 6 7 1 2 2 1 H Y N C N N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JUVENTINO WITZIL ESTRELLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
W I E J 6 2 0 1 2 5 H Q R L S V 0 5	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAIME MANUEL CHAN COCOM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C J 6 4 0 9 1 2 H Y N H C M 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE IVAN NOVELO ALBORNOZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O A I 6 3 0 2 1 7 H Y N V L V 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	1	a	2	0	2	1	0	6	1	1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE DEL CARMEN CHULIN MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C U M C 6 3 1 1 2 6 H Q R H R R 0 1	0

Puesto*

SUPERVISOR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ANGEL MARTIN ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A R M 5 4 0 3 1 0 H Y N R S G 0 8	0

Puesto*

SUBGERENTE DE SERVICIOS GENERALES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	1	a	2	0	2	1	0	6	1	1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XOOL DZUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
X O D F 7 4 0 3 0 9 H Y N L Z R 0 4	0

Puesto*

OFICIAL DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMIN PEREZ CANUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C J 6 4 0 2 0 6 H Y N R N R 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ERIK ADRIAN PECH BASTARRACHEA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E B E 9 1 0 5 1 1 H Q R C S R 0 2	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE LA MARINA BANCO PLAYA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	11	a	2021	06	11

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAVIER AMIR GOMEZ MARRUFO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O M J 8 6 1 1 1 5 H Q R M R V 0 1	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD E HIGIENE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Grupos en condiciones de vunerabilidad

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 1	a	2 0 2 1	0 6	1 1

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

JESSICA GUERRERO HERNANDEZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
JESSICA GUERRERO HERNANDEZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELSI DEL ROCIO JIMENEZ GARCIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
J I G E 7 6 0 4 1 1 M T C M R L 0 4	0

Puesto*

CAJERA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO MARTIN POOL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A P F 7 0 0 1 3 0 H Y N R L R 0 7	0

Puesto*

TECNICO DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LANDY NALLELY ARANDA PETUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A P L 9 4 0 7 1 4 M Y N R T N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

NOE FEDERICO VALLE CHALE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V A C N 8 4 0 3 0 3 H Q R L H X 0 5	0

Puesto*

DILIGENCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LILIA YAZMIN GUERRA ALCALA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G U A L 8 5 0 1 2 3 M Q R R L L 0 5	0

Puesto*

JEFA CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FELIPE GONGORA SOSA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O S F 6 3 0 2 0 4 H D F N S L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE INFORMATICA DE TRANSBORDADORES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

NAYDA VITALIA NUÑEZ CHULIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N U C N 7 9 0 9 1 9 M Q R X H Y 0 1	0

Puesto*

JEFA DE CARTERA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CLAUDIA VILLASEÑOR SEPULVEDA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I S C 7 4 0 7 0 6 M D F L P L 1 2	0

Puesto*

TECNICA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SERMENIO RODRIGO ZOZAYA VEGA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z O V S 7 3 0 3 1 3 H Y N Z G R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MILTON JEHU CABRERA LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A L M 8 6 0 4 2 0 H Q R B P L 0 9	0

Puesto*

JEFE FINANCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XAVIER BETANCOURT SUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B E S F 8 7 0 2 0 3 H Y N T R R 0 8	0

Puesto*

TECNICO DILIGENCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

HUGO FRANCISCO VIDAL LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I L H 9 7 0 1 2 9 H Q R D P G 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DELFINA DEL PILAR VALLE CHALE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V A C D 6 6 1 0 1 2 M Y N L H L 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WENDY DE JESUS CATZIM CHIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C W 8 1 1 2 1 6 M Q R T H N 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO ADAME H LUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A H F 8 3 0 3 0 8 H Q R D X R 0 9	0

Puesto*

COORDINADOR DE FACTURACION Y COBRANZA DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JUAN RASSIEL CEN MAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C E M J 7 8 0 4 2 6 H Q R N Y N 0 2	0

Puesto*

JEFE CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REYNA VIVIANA PABLO NAVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A N R 9 2 1 0 2 2 M Q R B V Y 0 1	0

Puesto*

TECNICA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ALBERTO MAY PERERA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A P J 6 7 0 9 2 8 H Y N Y R R 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

GENARO ALTAMIRANO TAPIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A T G 7 3 0 9 1 9 H D F L P N 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REGINA MARIA CHAB POOT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A P R 7 4 0 9 0 7 M Y N H T G 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DIANA MARIA ESTRELLA COX

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E E C D 9 4 0 7 1 2 M Q R S X N 0 7	0

Puesto*

TECNICA JURIDICA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

HEIDY ANGULO VILLANUEVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U V H 8 0 0 1 0 8 M Q R N L D 0 0	0

Puesto*

JEFA JURIDICA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMANDO ZOZAYA YEH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z O Y J 8 0 0 3 2 7 H Y N Z H R 0 3	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ABRAHAM CACERES DZUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A D A 7 0 0 3 1 6 H Y N C Z B 0 5	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE TRANSBORDADORES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR MANUEL CANTO NOH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A N V 6 9 1 2 0 6 H Y N N H C 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAIME MANUEL CHAN COCOM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C J 6 4 0 9 1 2 H Y N H C M 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO MARTIN POOL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A P F 7 0 0 1 3 0 H Y N R L R 0 7	0

Puesto*

TECNICO DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PEDRO ADOLFO LEON LEON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L E L P 5 9 0 1 0 3 H Y N N N D 0 8	0

Puesto*

JEFE DE OPERACIONES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ROMAN ALEXANDER VILLANUEVA SAURI

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I S R 7 9 0 8 0 9 H Q R L R M 0 4	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PEDRO VICENTE MAGAÑA ITZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A I P 8 1 0 6 0 5 H Y N G T D 0 2	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELISEO PEREZ DE LA CRUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C E 7 9 0 8 1 4 H T C R R L 1 8	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SELENE MARICELA TILAN ABNAL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T I A S 7 2 0 2 0 5 M Q R L B L 0 3	0

Puesto*

TECNICA DE COMERCIALIZACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ALFREDO OCAMPO MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
O A M L 8 0 0 3 0 5 H Q R C R S 0 1	0

Puesto*

JEFE DE ALMACEN, TRAMITES E INVENTARIOS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 8	a	2 0 2 1	0 6	1 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CECILIO EULALIO CORTEZ FLORES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C O F C 6 6 1 1 2 2 H P L R L C 0 2	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE DEL CARMEN CHULIN MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C U M C 6 3 1 1 2 6 H Q R H R R 0 1	0

Puesto*

SUPERVISOR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE DEL CARMEN CHULIN MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C U M C 6 3 1 1 2 6 H Q R H R R 0 1	0

Puesto*

SUPERVISOR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ANGEL MARTIN ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A R M 5 4 0 3 1 0 H Y N R S G 0 8	0

Puesto*

SUBGERENTE DE SERVICIOS GENERALES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ALEJANDRO CAN SANSOR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A S A 6 7 0 4 2 4 H Y N N N L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ALEJANDRO CAN SANSOR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A S A 6 7 0 4 2 4 H Y N N N L 0 6	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JORGE ARMIN PEREZ CANUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C J 6 4 0 2 0 6 H Y N R N R 0 0	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS ENRIQUE TUZ KOYOC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T U K C 7 5 1 2 0 5 H C C Z Y R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ARMIN ARIEL BALAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B A X A 7 9 0 3 0 3 H Y N L X R 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ARMANDO GUADALUPE PEÑA FERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E F A 7 2 1 2 1 2 H Q R X R R 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DEYVI ARMANDO PARRA CHUC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A C D 7 4 0 3 1 8 H Q R R H Y 1 2	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARTA JUSTINA MAZA ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A R M 6 4 1 0 3 0 M Y N Z S R 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

PAULO CESAR ORTIZ BORGES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
O I B P 7 7 0 1 2 2 H Q R R R L 0 2	0

Puesto*

OFICIAL DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ALBERTO CAAMAL GONGORA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A G L 6 7 1 2 1 3 H Y N M N S 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 8	a	2 0 2 1	0 6	1 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS ANTONIO GARCIA CASTRO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G A C C 8 5 0 1 2 7 H O C R S R 0 6	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 8	a	2 0 2 1	0 6	1 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE FRANCISCO LOPEZ MAGLAH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L O M F 7 7 0 7 1 2 H Q R P G R 0 5	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS MANUEL CAAMAL CAAMAL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C L 8 0 0 6 2 0 H Q R M M S 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

OSCAR ANTONIO CATZIN CATZIM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C X C O 9 4 0 7 2 9 H Q R T T S 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 8	a	2 0 2 1	0 6	1 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA LUCILA DE LOS ANGELES ZIH DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z I D L 6 8 1 0 3 1 M Y N H Z C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS CARLOS AGUILAR ALCOCER

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U A L 7 3 1 1 0 9 H Y N G L S 0 7	0

Puesto*

JEFE DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA REYES TAMAY CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
T A C R 7 0 0 1 1 4 M Y N M N Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANTONIO MANUEL ACEVEDO ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A E R A 6 5 0 7 1 2 H Y N C S N 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIO COCOM CHAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C O C M 6 4 1 1 0 2 H Y N C H R 0 9	0

Puesto*

TECNICO DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR ALFONSO POOL CHAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O C V 8 5 0 3 0 3 H Y N L H C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JULIO CESAR LOPEZ PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L O P J 7 6 0 1 2 0 H C S P R L 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MOISES MAY LEON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A L M 9 8 0 3 1 6 H T C Y N S 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOAQUIN RICARDO MORCILLO AVILA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M O A J 8 9 0 5 2 2 H Q R R V Q 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MINELLY DOLORES SANGUINO MOO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
S A M M 7 8 1 1 0 1 M Q R N X N 0 9	0

Puesto*

CAJERA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANTONIO DE JESUS MENDEZ ENCALADA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M E E A 6 9 0 1 2 0 H Y N N N N 0 5	0

Puesto*

JEFE DE FACTURACION

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RICARDO NERY AZUETA SALAZAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U S R 6 2 0 5 2 6 H Q R Z L C 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RICARDO NERY AZUETA GIL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U G R 8 3 1 1 1 9 H Q R Z L C 0 9	0

Puesto*

JEFE FINANCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	1 8	a	2 0 2 1	0 6	1 8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ALBERTO AZUETA GIL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U G L 8 5 1 1 0 1 H Q R Z L S 0 9	0

Puesto*

JEFE ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CANDELARIA CONCEPCION NOH GOMEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O G C 8 2 1 2 2 8 M Q R H M N 1 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JULIANA PRISCILA AREVALO CORNELIO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A E C J 8 3 0 9 2 9 M T C R R L 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CESAR IVAN CAMPOS CANUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A C C 7 8 0 8 2 1 H D F M N S 0 7	0

Puesto*

JEFE ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VERONICA CASTRO REYES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A R V 7 2 0 7 0 9 M C C S Y R 0 3	0

Puesto*

TECNICA ESPECIALIZADA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUCERO IVONNE RAMIREZ BRAVO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
R A B L 9 5 0 6 0 5 M C S M R C 0 1	0

Puesto*

TECNICA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIANNI DEL CARMEN CHAVEZ MAGAÑA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A M M 7 8 0 3 2 6 M Q R H G R 0 7	0

Puesto*

TECNICA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DIANA GUADALUPE CAAMAL DOMINGUEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A D D 9 4 1 0 1 7 M Q R M M N 0 8	0

Puesto*

TECNICA CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARTIN MARTINEZ SILVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M A S M 8 1 1 1 0 3 H V Z R L R 0 1	0

Puesto*

ENCARGADO DE LA COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS DE PUERTO JUAREZ E ISLA MUJERES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO JAVIER AVALOS LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A A L F 9 0 1 1 0 4 H Q R V P R 0 3	0

Puesto*

JEFE DE INFORMATICA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

HILDA MARLENE HERNANDEZ VELASCO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
H E V H 6 7 0 6 1 7 M D F R L L 0 1	0

Puesto*

JEFA DE RELACIONES PUBLICAS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ISAURO DIAZ SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
D I S I 8 4 0 5 0 3 H C S Z N S 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARTIN ROMAN SOLIS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
R O S M 7 3 0 1 3 0 H V Z M L R 0 5	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SILVIA DEL CARMEN MENDOZA GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M E G S 7 6 1 1 0 3 M T C N N L 0 1	0

Puesto*

SUPERVISORA DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ALVARO BARBARO RIOS FERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
R I F A 6 5 0 9 0 8 H Y N S R L 0 1	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE PUERTO JUAREZ

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DAVID FIGUEROA GUTIERREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
F I G D 8 0 0 6 2 6 H V Z G T V 0 9	0

Puesto*

JEFE DE PROTECCION CIVIL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JONATHAN ASTERIO SALAZAR SERRANO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
S A S J 9 6 0 1 1 8 H Q R L R N 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARICELA VAZQUEZ YAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V A Y M 8 9 0 7 1 3 M Y N Z M R 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ERIK GERARDO GONGORA LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O L E 9 4 0 5 1 4 H Q R N P R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL RICARDO CANUL TUN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A T M 7 9 0 5 1 7 H Y N N N G 0 7	0

Puesto*

SUPERVISOR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	18	a	2021	06	18

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JAVIER AMIR GOMEZ MARRUFO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G O M J 8 6 1 1 1 5 H Q R M R V 0 1	0

Puesto*

JEFE DE SEGURIDAD E HIGIENE

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	1	8	a	2	0	2	1	0	6	1	8

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

NOEMI GARCIA CANTO - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
NOEMI GARCIA CANTO	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VIRGINIA ESPINOSA MARQUEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E I M V 7 4 1 1 0 6 M V Z S R R 0 6	0

Puesto*

GERENTA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Oficinas Centrales)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE JUAN HERNANDEZ ALVARADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
H E A J 7 5 1 1 1 7 H V Z R L N 1 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M X M E 6 1 0 7 1 5 H Y N D N N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

BRENDA MARIA ERCILA TAMAYO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E I T B 9 3 0 9 1 1 M Q R R M R 0 9	0

Puesto*

TECNICA ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Oficinas Centrales)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JESUS ROMARIO UC CAAMAL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
U X C J 9 4 0 9 2 6 H Q R C M S 0 8	0

Puesto*

TECNICO ADMINISTRATIVO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Oficinas Centrales)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

YOUALI ALEJANDRO EK POLANCO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E X P Y 7 7 1 2 0 5 H Q R K L L 0 1	0

Puesto*

COORDINADOR DE PRESUPUESTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Oficinas Centrales)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CHRISTIAN MARINE CAAMAL SUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A S C 9 2 0 6 0 8 M Q R M R H 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle Fiscal Chetumal)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

REGINA MARIA CHAB POOT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A P R 7 4 0 9 0 7 M Y N H T G 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANTONIO MANUEL ACEVEDO ROSADO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A E R A 6 5 0 7 1 2 H Y N C S N 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS HUMBERTO IX PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I X P C 8 5 0 2 2 2 H Q R X R R 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VANESSA GUADALUPE PEREZ CARDEÑA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E C V 8 2 0 5 0 9 M Y N R R N 0 8	0

Puesto*

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V I C M 7 9 0 1 2 8 H Q R L R R 0 4	0

Puesto*

JEFE DE RECURSOS HUMANOS

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DELFINA DEL PILAR VALLE CHALE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
V A C D 6 6 1 0 1 2 M Y N L H L 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR MANUEL CHAN KUMUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A K V 7 2 0 7 2 8 H Y N H M C 0 3	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE SAN DIEGO CANUL BALAM

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A B S 7 3 1 1 1 3 H Y N N L N 0 9	0

Puesto*

TECNICO DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCISCO XAVIER BETANCOURT SUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
B E S F 8 7 0 2 0 3 H Y N T R R 0 8	0

Puesto*

TECNICO DILIGENCIERO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
G A A M 7 6 1 0 3 0 M V Z R L R 0 0	0

Puesto*

SUBGERENTA ADMINISTRATIVA DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ADRIAN ESTRELLA LOPEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E E L M 8 9 1 1 2 4 H Q R S P G 0 6	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RAY NADIR IRIZZONT MARRUFO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I I M R 8 0 0 9 1 2 H Q R R R Y 0 9	0

Puesto*

SUBGERENTE DE OPERACIONES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

CARLOS RAMON EK TILAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
E X T C 8 4 0 8 0 8 H Y N K L R 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MANUEL JESUS PACHECO SANTIAGO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A S M 6 7 1 2 2 1 H Y N C N N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ELBERT ARTURO CANCHE XOOL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A X E 8 5 1 2 1 4 H Y N N L L 0 2	0

Puesto*

TECNICO DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SALVADOR MEDINA MARTIN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
M E M S 6 1 0 5 1 6 H Y N D R L 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE IVAN NOVELO ALBORNOZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O A I 6 3 0 2 1 7 H Y N V L V 0 4	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RAUL ALBERTO NOVELO NUÑEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O N R 6 8 0 3 0 5 H Q R V X L 0 5	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

JOSE ALBERTO YAM DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A D A 6 8 0 8 0 6 H Q R M Z L 0 2	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

FRANCIS MANUEL CABALLERO VILLANUEVA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V F 8 0 0 2 2 2 H Q R B L R 0 9	0

Puesto*

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

WILBERTH AVELINO POLANCO SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O S W 8 9 1 0 2 3 H Y N N L N 0 1	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

IVAN ISAI DZIB MAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
D I M I 9 1 0 8 1 9 H Q R Z Y V 0 1	0

Puesto*

OFICIAL DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

LUIS ABRAHAM CACERES VILLA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C A V L 9 5 0 2 2 0 H Q R C L S 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ENRIQUE CRISANTO NOH PISTE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
N O P E 7 4 1 0 2 5 H Y N H S N 0 9	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

RODOLFO RENAN PECH MAZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E M R 7 5 0 2 1 5 H Q R C Z D 0 6	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 6	2 6	a	2 0 2 1	0 6	2 6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA LUCILA DE LOS ANGELES ZIH DZIB

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Z I D L 6 8 1 0 3 1 M Y N H Z C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ERIK ADRIAN PECH BASTARRACHEA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E B E 9 1 0 5 1 1 H Q R C S R 0 2	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE LA MARINA BANCO PLAYA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ERIK ADRIAN PECH BASTARRACHEA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P E B E 9 1 0 5 1 1 H Q R C S R 0 2	0

Puesto*

COORDINADOR DE OPERACIONES DE LA MARINA BANCO PLAYA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MIGUEL ANDERAI AGUIRRE PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U P M 9 2 0 9 2 9 H Q R G R G 0 2	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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 MANUEL YAM ZIH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
Y A Z R 9 8 0 2 1 1 H Q R M H Y 0 7	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Marina Banco Playa Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
A U H S 7 2 0 8 2 0 M V Z G R N 1 5	0

Puesto*

SUBGERENTA DE OPERACIONES DE LA TERMINAL DE TRANSBORDADORES DE COZUMEL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

VICTOR ALFONSO POOL CHAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P O C V 8 5 0 3 0 3 H Y N L H C 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Muelle San Miguel Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

ANA LETICIA INTERIAN PECH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
I E P A 7 9 0 8 0 2 M Y N N C N 0 0	0

Puesto*

AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Transbordadores Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

NEYVI DALIA CELIS TREJO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
C E T N 8 1 1 0 0 3 M Y N L R Y 0 6	0

Puesto*

TECNICA ESPECIALIZADA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	26	a	2021	06	26

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

MARIA BEATRIZ KU SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
K U S B 8 6 0 9 0 2 M Q R X N T 0 2	0

Puesto*

TECNICA ESPECIALIZADA

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Isla Mujeres)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	6	2	6	a	2	0	2	1	0	6	2	6

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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))

DAVID FIGUEROA GUTIERREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
F I G D 8 0 0 6 2 6 H V Z G T V 0 9	0

Puesto*

JEFE DE PROTECCION CIVIL

DATOS DELAEMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO S.A. DE C.V. (Puerto Juárez)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

A P I - 9 4 0 3 1 7 - R Z A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

Masculinidades

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	06	26	a	2021	06	26	

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

DANIEL CARRILLO ORTÍZ - CDH920917-Q58

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 o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
DANIEL CARRILLO ORTÍZ	ILMER GABRIEL HERRERA CANTO	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
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/Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria 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.

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: E076 - Fortalecimiento del Sector Portuario

UNIDAD RESPONSABLE: 4501-1411 - Gerencia de Informática

ACTIVIDAD F.P.C02.A02 - Implementar acciones destinadas a fortalecer el Modelo de Prevención y seguridad en nuestras terminales marítimas.

IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR	
Indicador	APIQROOC02a02 - Porcentaje de evaluaciones y mantenimiento preventivo, correctivo al equipo CCTV para sus actualizaciones y mejora Terminales Marítimas Portuarias del Estado de Quintana Roo

VARIABLES			
NUMERADOR	Numero de recintos portuarios con equipos de CCTV evaluados y con mantenimiento preventivo realizados	**Unidad de Medida del Numerador**	438 - Mantenimiento ()
DENOMINADOR	Número de evaluaciones y mantenimientos preventivos programados	**Unidad de Medida del Denominador**	438 - Mantenimiento ()

METAS

Linea Base		Año Meta	Meta Programada en el Año	Tipo de Meta	Comportamiento del Indicador hacia la Meta	Tipo de Método	Semaforización					
Año:	2019						**Verde**		**Amarillo**		**Rojo**	
Valor:	0.000	2021	100.000	ACUMULATIVA	ASCENDENTE	PORCENTAJE	85.000	115.000	75.000	84.999	74.999	115.001

Variable	Calendario Programado												
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Total**
NUMERADOR	0.000	0.000	4.000	0.000	0.000	4.000	0.000	0.000	4.000	0.000	0.000	4.000	16.000
DENOMINADOR	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	16.000

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Total**
NUMERADOR	0.000	0.000	4.000	1.000	1.000	4.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	10.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
DENOMINADOR	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	1.000	1.000	4.000	10.000

AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	50.000	50.000

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
100.000	VERDE	SE REALIZO MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN LA CCTV DE LOS RECINTOS Y LIMPIEZAS EN LOS CPU COMO LA INSTALACIÓN DE CÁMARAS.

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

Mantenimiento CCTV

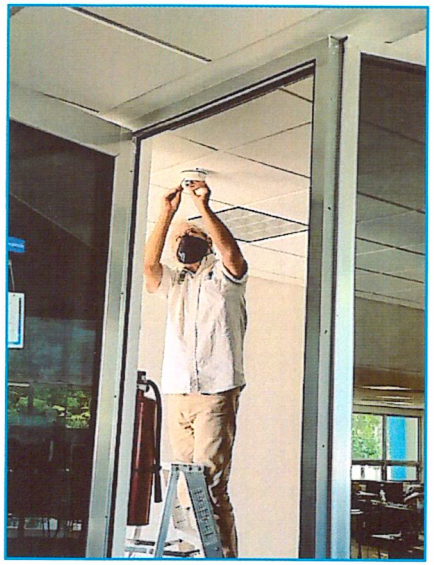
Abr – Jun 2021

TRANSBORDADORES

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S. A. DE C. V.

Revisión y Limpieza de Cámaras Oficinas Administrativas



Ing. Ilmer G. Herrera Canto
Gerente de Informática

Administración Portuaria Integral de Quintana Roo, S. A. de C. V.
Calle 22 de Enero No. 261 entre Madero y Morelos, Colonia Centro
C.P. 77000. Chetumal Quintana Roo. México.
Tels. (983) 832 6101, 6126 y 6196
E-mail: apiqroo@apiqroo.com.mx
www.apiqroo.com.mx

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

Mantenimiento CCTV

Abr – Jun 2021

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S. A. DE C. V.

MARINA BANCO PLAYA COZUMEL

Instalación de Cámaras en Área de Travel Lift

Ing. Ilmer G. Herrera Canto
Gerente de Informática

Administración Portuaria Integral de Quintana Roo, S. A. de C. V.
Calle 22 de Enero No. 261 entre Madero y Morelos, Colonia Centro
C.P. 77000. Chetumal Quintana Roo. México.
Tels. (983) 832 6101, 6126 y 6196
E-mail: apiqroo@apiqroo.com.mx
www.apiqroo.com.mx

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

Mantenimiento cpu

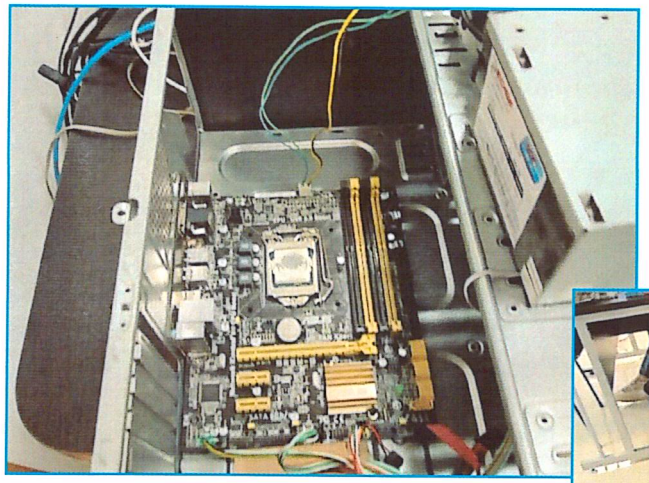
Abr – Jun 2021

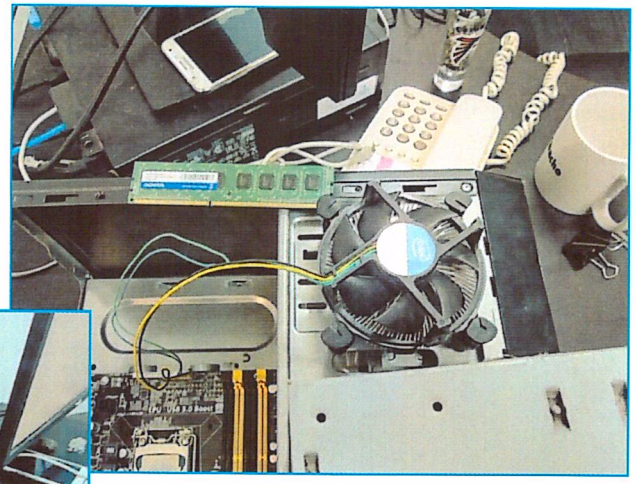
MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

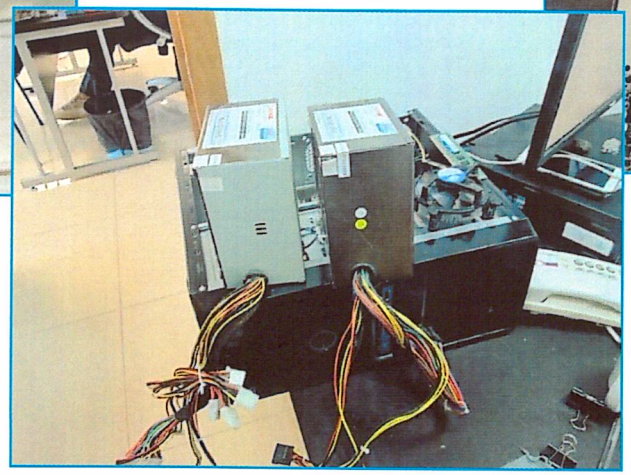
APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S. A. DE C. V.

MARINA BANCO PLAYA

Mantenimiento preventivo y limpieza CPU Operaciones Banco Playa
Cambio de Fuente de Poder







Ing. Ilmer G. Herrera Canto
Gerente de Informática

Administración Portuaria Integral de Quintana Roo, S. A. de C. V.
Calle 22 de Enero No. 261 entre Madero y Morelos, Colonia Centro
C.P. 77000. Chetumal Quintana Roo. México.
Tels. (983) 832 6101, 6126 y 6196
E-mail: apiqroo@apiqroo.com.mx
www.apiqroo.com.mx

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

Mantenimiento CCTV

Abr * Jun 2021

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S. A. DE C. V.

MUELLE SAN MIGUEL

Cambio de Posición Cámara Sala de Espera (Antes estaba en la escalera eléctrica)

Ing. Ilmer G. Herrera Canto
Gerente de Informática

Administración Portuaria Integral de Quintana Roo, S. A. de C. V.
Calle 22 de Enero No. 261 entre Madero y Morelos, Colonia Centro
C.P. 77000. Chetumal Quintana Roo. México.
Tels. (983) 832 6101, 6126 y 6196
E-mail: apiqroo@apiqroo.com.mx
www.apiqroo.com.mx

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

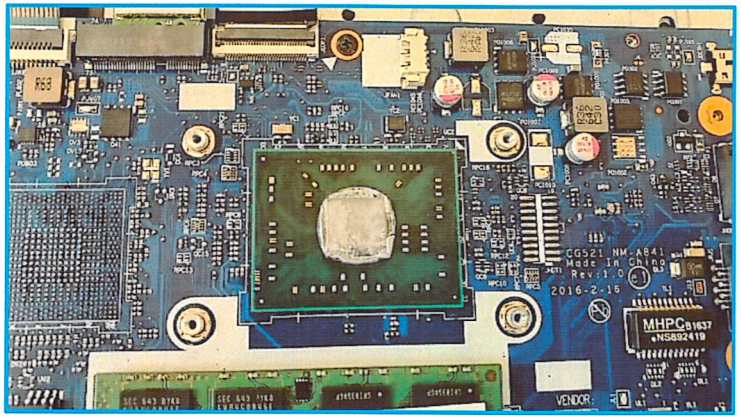
Mantenimiento CCTV

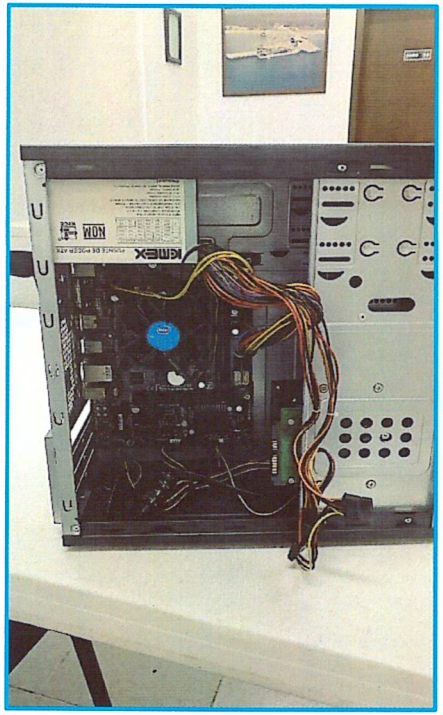
Abr – Jun 2021

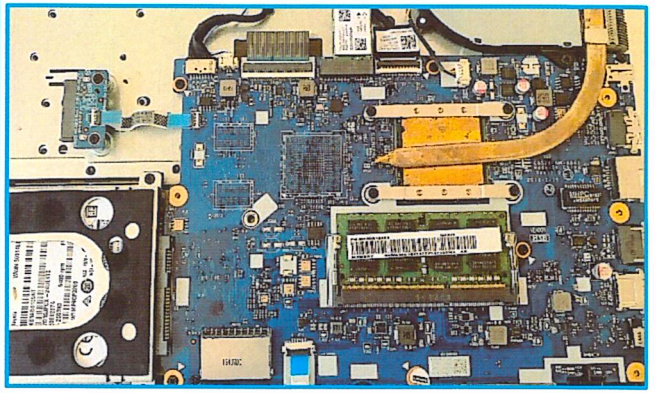
MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

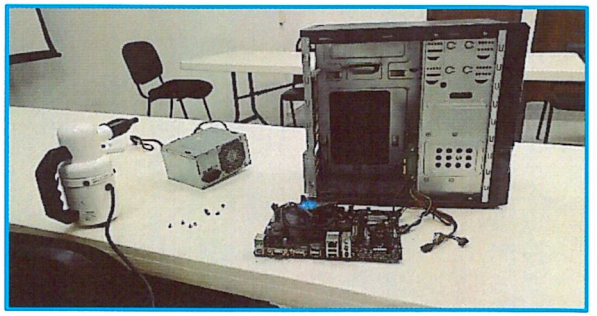
APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S. A. DE C. V.

MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CAMBIO DE PASTA TERMICA Y CORRECTIVO









Ing. Ilmer G. Herrera Canto
Gerente de Informática

Administración Portuaria Integral de Quintana Roo, S. A. de C. V.
Calle 22 de Enero No. 261 entre Madero y Morelos, Colonia Centro
C.P. 77000. Chetumal Quintana Roo. México.
Tels. (983) 832 6101, 6126 y 6196
E-mail: apiqroo@apiqroo.com.mx
www.apiqroo.com.mx

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

Mantenimiento CCTV

Abr – Jun 2021

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S. A. DE C. V.

Para los sistemas de CCTV se realizó el mantenimiento de lente y carcasa externa de cada cámara de las terminales de Puerto Juárez, Punta Sam e Isla Mujeres.
Se cambiaron registros dañados de algunas cámaras del recinto de Puerto Juárez.
Se cambiaron los montajes de cámaras que se fijan a los postes por que ya estaban muy oxidados en recinto de Punta Sam.
Se cambiaron cajas nema donde se conectan varias cámaras debido a que ya no servían las cajas en el recinto de Isla Mujeres.
Se cambiaron algunas antenas de CCTV que se dañaron por nuevas.
Se reubico cámara PTZ de Punta Sam a Puerto Juárez.

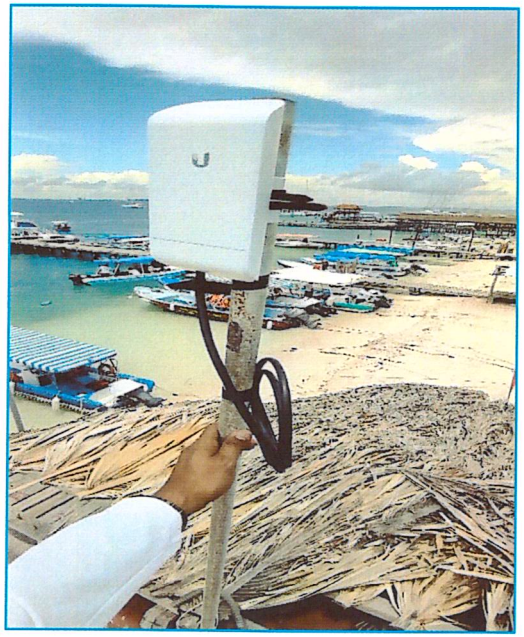
Ing. Ilmer G. Herrera Canto
Gerente de Informática

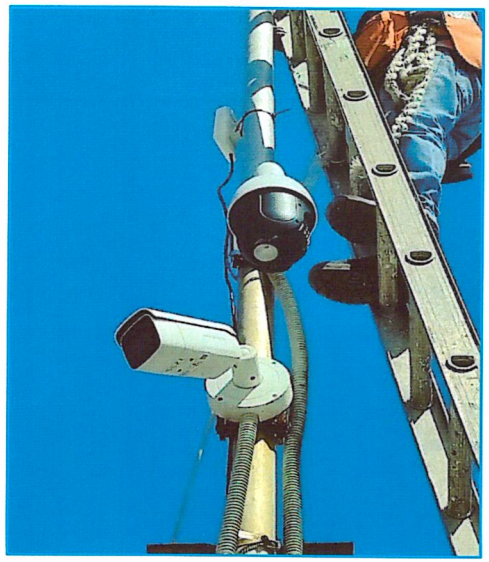
Administración Portuaria Integral de Quintana Roo, S. A. de C. V.
Calle 22 de Enero No. 261 entre Madero y Morelos, Colonia Centro
C.P. 77000. Chetumal Quintana Roo. México.
Tels. (983) 832 6101, 6126 y 6196
E-mail: apiqroo@apiqroo.com.mx
www.apiqroo.com.mx

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S. A. DE C. V.





Ing. Ilmer G. Herrera Canto
Gerente de Informática

Administración Portuaria Integral de Quintana Roo, S. A. de C. V.
Calle 22 de Enero No. 261 entre Madero y Morelos, Colonia Centro
C.P. 77000. Chetumal Quintana Roo. México.
Tels. (983) 832 6101, 6126 y 6196
E-mail: apiqroo@apiqroo.com.mx
www.apiqroo.com.mx

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

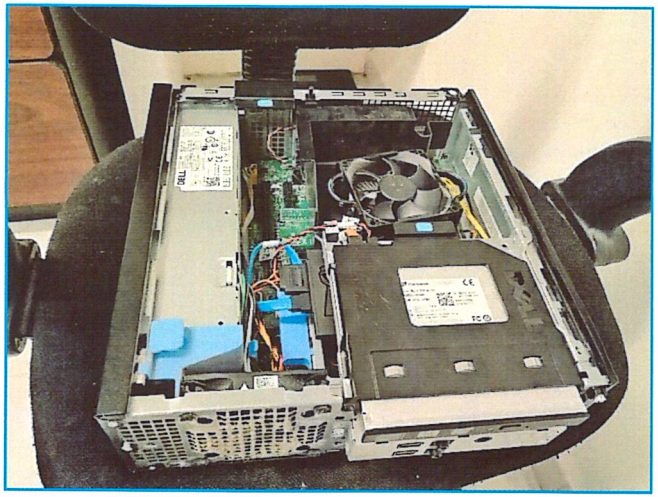
Mantenimiento CCTV

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S. A. DE C. V.

Abr – Jun 2021

MANTENIMIENTO PREVENTIVO A LAS PC Y AL WIFI
EN CCTV DE CHETUMAL



Ing. Ilmer G. Herrera Canto
Gerente de Informática

Administración Portuaria Integral de Quintana Roo, S. A. de C. V.
Calle 22 de Enero No. 261 entre Madero y Morelos, Colonia Centro
C.P. 77000. Chetumal Quintana Roo. México.
Tels. (983) 832 6101, 6126 y 6196
E-mail: apiqroo@apiqroo.com.mx
www.apiqroo.com.mx

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: Gestión y Apoyo Institucional

UNIDAD RESPONSABLE: 4501-1406 - Gerencia de Administración y Finanzas

COMPONENTE F.P.C01 - Actividades de facilitación (apoyo) desarrolladas para el cumplimiento de metas de las áreas sustantivas

IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR	
Indicador	APIQROOSTAFFC01 - Porcentaje de cumplimiento programático de metas sustantivas de la institución

VARIABLES			
NUMERADOR	Total de indicadores de Componentes y Actividades en los Programas Presupuestarios sustantivos de la APIQROO que alcanzan metas satisfactorias (rango verde) de acuerdo con su semaforización	**Unidad de Medida del Numerador**	373 - Indicadores de Componentes y Actividades ()
DENOMINADOR	Total de indicadores de Componentes y Actividades en los Programas Presupuestarios sustantivos de la APIQROO	**Unidad de Medida del Denominador**	373 - Indicadores de Componentes y Actividades ()

METAS

Linea Base		Año Meta	Meta Programada en el Año	Tipo de Meta	Comportamiento del Indicador hacia la Meta	Tipo de Método	Semaforización					
							Verde		Amarillo		Rojo	
Año:	2018											
Valor:	75.000	2021	100.000	ACUMULATIVA	ASCENDENTE	PORCENTAJE	85.000	115.000	75.000	84.999	74.999	115.001

Variable	Calendario Programado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
NUMERADOR	0.000	0.000	5.000	0.000	0.000	6.000	0.000	0.000	7.000	0.000	0.000	9.000	27.000
DENOMINADOR	1.000	1.000	5.000	1.000	1.000	6.000	1.000	1.000	7.000	1.000	1.000	9.000	27.000

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
NUMERADOR	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	5.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	5.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
DENOMINADOR	1.000	1.000	5.000	1.000	1.000	6.000	1.000	1.000	7.000	1.000	1.000	9.000	6.000

AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
100.000	83.333	83.333	100.000	100.000	83.333	83.333	83.333	-16.667	0.000

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
83.333	AMARILLO	SE PROGRAMARON 6 INDICADORES EN ESTE 2DO TRIMESTRE, DE LOS CUALES 5 INDICADORES LOGRARON LA META EN SEMAFORO VERDE Y UNO DE ELLOS DERIVADO DE LA SUSPENCIÓN DE ARRIBO DE CRUCEROS NO TUVO MOVIMIENTO O SE MANTUVO CON SEMAFORO ROJO, LO QUE OCASIONO QUE AL PONDERAR LA SEMAFORIZACIÓN QUEDARA EN AMARILLO.

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

ÁREA SUSTANTIVAS ALCANZANDO SEMÁFORO VERDE

4501 Administración Portuaria Integral | **1406 Gerencia de Administración y Finanzas**

Seguimiento a Metas de Indicadores

Programa Presupuestario:	E076 - Fortalecimiento del Sector Portuario
Trimestre	2do. Trimestre

Acciones

Procesar

Indicadores y Metas

Acción	Estatus de Captura	Semáforo	Relación del Indicador	Resumen Narrativo	Indicador	Unidad Responsable del Indicador
			Con FIN	F - Contribuir al desarrollo económico del Estado de Quintana Roo, mediante la modernización de la (ver más)	PED30I3 - Porcentaje de Visitantes Recibidos	4501-1101 - Despacho de la Dirección General de la Administración Portuaria Integral de Quintana Roo
			Con PROPÓSITO	F.P - Los puertos de Quintana Roo cuentan con infraestructura moderna , segura y competitiva, a tra (ver más)	1SO3IO1 - Índice de inversión anual de la infraestructura portuaria	4501-1101 - Despacho de la Dirección General de la Administración Portuaria Integral de Quintana Roo
			Con COMPONENTE	F.P.C01 - Instalaciones con infraestructura portuaria en optimas condiciones y sanitizadas	APIQROOC01 - Porcentaje de arribo de pasajeros de cruceros	4501-1405 - Gerencia de Comercialización
			Con ACTIVIDAD	F.P.C01.A01 - Construcción, Modernización y/o Mantenimiento Mayor de infraestructura para embarcaci (ver más)	APIQROOC01A01 - Construcción, Modernización y/o Mantenimiento Mayor de infraestructura para embarca (ver más)	4501-1404 - Gerencia de Ingeniería
			Con ACTIVIDAD	F.P.C01.A02 - Construcción, Modernización y/o Mantenimiento Mayor de infraestructura para embarcaci (ver más)	APIQROOC01A02 - Porcentaje de avance total ejercutadas para fortalecer la infraestructura de embarc (ver más)	4501-1404 - Gerencia de Ingeniería
			Con ACTIVIDAD	F.P.C01.A03 - Construcción, Modernización y/o Mantenimiento Mayor de infraestructura para transbord (ver más)	APIQROOC01A03 - Porcentaje de avance total ejecutadas para fortalecer la infraestructura para trans (ver más)	4501-1404 - Gerencia de Ingeniería
			Con ACTIVIDAD	F.P.C01.A04 - Realizar mantenimiento menor preventivo y correctivo de las Terminales Marítimas Port (ver más)	APIQROOC01A04 - Porcentaje de mantenimiento menor realizada en los recintos portuarios.	4501-1402 - Gerencia de Operaciónes
			Con COMPONENTE	F.P.C02 - Protocolo en el sistema de seguridad y protección, implemantado.	APIQROOC02 - Porcentaje de personal capacitado	4501-1406 - Gerencia de Administración y Finanzas
			Con ACTIVIDAD	F.P.C02.A01 - Impulsar acciones permanentes para fortalecer el respeto a los derechos humanos	APIQROOC2A02 - Porcentaje de personal capacitado Impulsando las acciones permanentes para fortalece (ver más)	4501-1406 - Gerencia de Administración y Finanzas
			Con ACTIVIDAD	F.P.C02.A02 - Implementar acciones destinadas a fortalecer el Modelo de Prevención y seguridad en n (ver más)	APIQROOC02a02 - Porcentaje de evaluaciones y mantenimiento preventivo, correctivo al equipo CCTV pa (ver más)	4501-1411 - Gerencia de Informática

SE PROGRAMARON 6 INDICADORES EN ESTE 2DO TRIMESTRE, DE LOS CUALES 5 INDICADORES LOGRARON LA META EN SEMAFORO VERDE Y UNO DE ELLOS DERIVADO DE LA SUSPENCIÓN DE ARRIBO DE CRUCEROS NO TUVO MOVIMIENTO O SE MANTUVO CON SEMAFORO ROJO, LO QUE OCASIONO QUE AL PONDERAR LA SEMAFORIZACIÓN QUEDARA EN AMARILLO.

YOUALI ALEJANDRO EK POLANCO
COORDINACION DE PRESUPUESTO

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: M001 - Gestión y Apoyo Institucional

UNIDAD RESPONSABLE: 4501-1406 - Gerencia de Administración y Finanzas

ACTIVIDAD F.P.C01.A01 - Asistencia a las áreas sustantivas en funciones administrativas, jurídicas, de planeación, relaciones públicas u otras funciones de staff

IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR	
Indicador	APIQROOSTAFFC01A01 - Porcentaje del Presupuesto 2021 destinado a las áreas staff

VARIABLES			
NUMERADOR	Monto del Presupuesto Ejercido de la APIQROO destinado a áreas de apoyo (o staff)	**Unidad de Medida del Numerador**	615 - Presupuesto Ejercido ()
DENOMINADOR	Total de Presupuesto Ejercido de la APIQROO	**Unidad de Medida del Denominador**	615 - Presupuesto Ejercido ()

METAS

Linea Base		Año Meta	Meta Programada en el Año	Tipo de Meta	Comportamiento del Indicador hacia la Meta	Tipo de Método	Semaforización					
Año:	2018						Verde		Amarillo		Rojo	
Valor:	75.000	2021	29.376	ACUMULATIVA	DESCENDENTE	PORCENTAJE	24.970	33.782	33.783	36.720	24.969	36.720

Variable	Calendario Programado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
NUMERADOR	0.000	0.000	15,837,127.790	0.000	0.000	14,064,206.230	0.000	0.000	14,425,524.380	0.000	0.000	15,412,260.110	59,739,118.510
DENOMINADOR	1.000	1.000	53,911,791.230	1.000	1.000	47,876,519.030	1.000	1.000	49,106,496.390	1.000	1.000	52,465,482.410	203,360,289.060

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
NUMERADOR	4,431,917.000	4,566,786.000	5,296,786.000	0.000	0.000	12,054,758.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	26,350,247.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
07/07/2021

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
DENOMINADOR	1.000	1.000	53,911,791.230	1.000	1.000	47,876,519.030	1.000	1.000	49,106,496.390	1.000	1.000	52,465,482.410	101,788,312.260

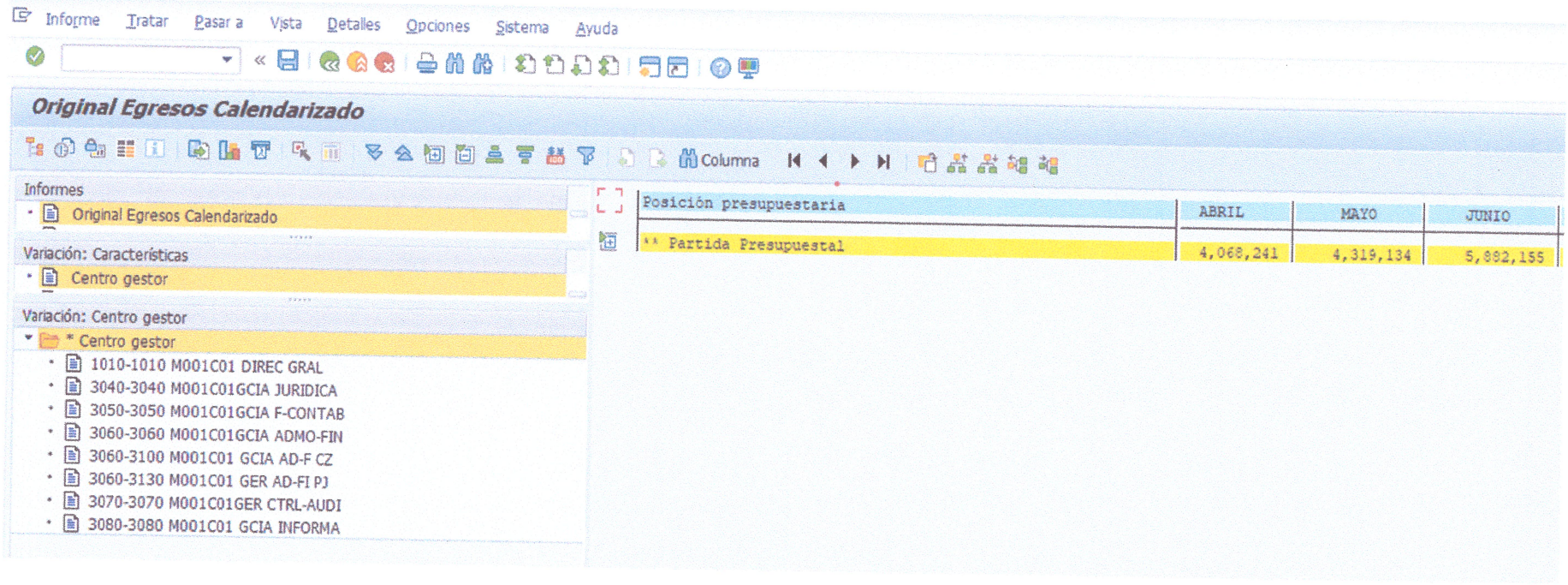
AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
29.376	25.179	85.712	29.376	100.000	25.887	88.124	88.124	-14.288	0.000

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
25.179	VERDE	DERIVADO DE LA CONTINGENCIA SANITARIA Y DE LA INCERTUDUMBRE DE LA CAPTACIÓN DE INGRESOS, SE TUVO UN SUBEJERCIDO PRINCIPALMENTE EN EL CAPITULO 1000 YA QUE LAS PLAZAS VACANTES SIGUEN SIN OCUPARSE, EN EL CAPITULO 2000 CONTINÚAN LOS ESFUERZOS POR OPTIMIZAR LOS BIENES CONSUMIBLES Y EN EL CAPITULO 3000 EXISTEN SERVICIOS DEL 2DO TRIMESTRE CUYA FACTURA SE EJERCERA EN EL MES EN JULIO.

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

PRESUPUESTO DE LAS AREAS DE STAFF



DERIVADO DE LA CONTINGENCIA SANITARIA Y DE LA INCERTUDUMBRE DE LA CAPTACIÓN DE INGRESOS, SE TUVO UN SUBEJERCIDO PRINCIPALMENTE EN EL CAPITULO 1000 YA QUE LAS PLAZAS VACANTES SIGUEN SIN OCUPARSE, EN EL CAPITULO 2000 CONTINÚAN LOS ESFUERZOS POR OPTIMIZAR LOS BIENES CONSUMIBLES Y EN EL CAPITULO 3000 EXISTEN SERVICIOS DEL 2DO TRIMESTRE CUYA FACTURA SE EJERCERA EN EL MES EN JULIO.

YOUALI ALEJANDRO EK POLANCO
COORDINACION DE PRESUPUESTO