GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
11/10/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: E076 - 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	0.000	0.000	0.000	4,227.000	0.000	0.000	511,466.000	0.000	0.000	755,313.000	1,271,006.000
DENOMINADOR	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	4,227.000	1.000	1.000	511,466.000	1.000	1.000	755,313.000	1,271,006.000

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	138,458.000	0.000	0.000	0.000	142,685.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
11/10/2021

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	1,121,442.000

AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
100.000	27.071	27.071	100.000	100.000	12.723	12.723	12.723	-72.929	0.000

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
27.071	ROJO	Se continua con la recuperación de la cuarentena requerida por la Pandemia Covid-19

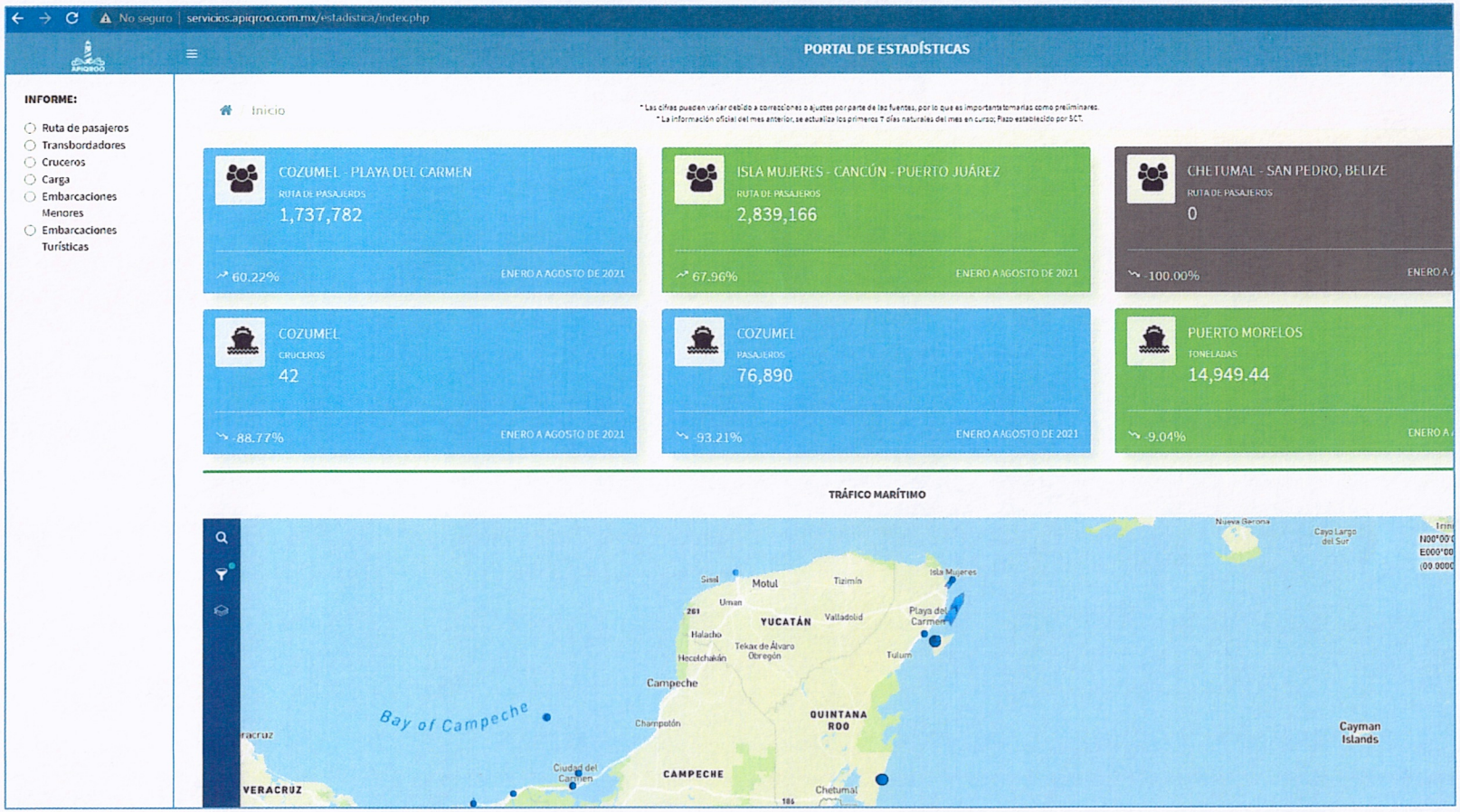
Elaboró **Revisó** **Autorizó**

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S. A. DE C. V.

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 septiembre se publicará el día 11 de octubre de 2021

HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS
GERENCIA DE COMERCIALIZACIÓN

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
11/10/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: E076 - Fortalecimiento del Sector Portuario

UNIDAD RESPONSABLE: 4501-1404 - Gerencia de Ingeniería

ACTIVIDAD F.P.C01.A01 - Construcción, Modernización y/o Mantenimiento Mayor de infraestructura para embarcaciones de Carga.

IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR	
Indicador	APIQROOC01A01 - Construcción, Modernización y/o Mantenimiento Mayor de infraestructura para embarcaciones de Carga.

VARIABLES			
NUMERADOR	Suma de obras realizadas para embarcaciones de carga a la fecha del reporte	**Unidad de Medida del Numerador**	504 - Obras ()
DENOMINADOR	Suma de obras planeadas para embarcaciones de carga 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	2.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	5.000
DENOMINADOR	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	5.000

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	0.000	0.000	0.000	1.000	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
11/10/2021

Variable	Calendario Ejecutado												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
DENOMINADOR	2.000	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		-50.000	-50.000

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
100.000	VERDE	

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

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S.A. DE C.V.

No.	SUBPROGRAMA/ACTIVIDADES	META	MES												OBSERVACIONES
		ANUAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	OBRAS														
	PUERTO MORELOS														
1	CONSTRUCCION DEL CENTRO DE VERIFICACION FITOSANITARIO DE LA TERMINAL MARITIMA.(SEGUNDA ETAPA)	$4,280,000.00							$1,284,000	$642,000	$642,000	$642,000	$642,000	$428,000	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						$600,000	$1,400,000						
	ISLA MUJERES														
3	CONSTRUCCION DE NUEVO MÓDULO DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA TERMINAL MARÍTIMA DE ISLA MUJERES (POL. A)	$3,000,000.00								$900,000	$450,000	$450,000	$600,000	$600,000	Proyecto en desarrollo
4	PROYECTO DE AMPLIACIÓN Y REMODELACIÓN DE LA TERMINAL MARÍTIMA DE TRANSBORDADORES DE ISLA MUJERES POLIGONAL B	$500,000.00							$150,000	$350,000					Reprogramado
5	REMODELACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LA TERMINAL MARÍTIMA DE TRANSBORDADORES DE ISLA MUJERES POLIGONAL B	$1,500,000.00								$450,000	$225,000	$225,000	$300,000	$300,000	Reprogramado
	COZUMEL														
6	CONSTRUCION DE LOCALES COMERCIALES EN EL EDIFICIO TERMINAL DEL MUELLE SAN MIGUEL	$500,000.00							$150,000	$175,000	$175,000				Propuesta en desarrollo
	CHETUMAL														
7	CONSTRUCCION DE BODEGA EN EL MUELLE FISCAL	$500,000.00									$150,000	$100,000	$100,000	$150,000	Proyecto en desarrollo (ejecución reprogramada)
	MANTENIMIENTO MAYOR DE INSTALACIONES PORTUARIAS														
8	SUSTITUCIÓN DE CERCADO DE LA TERMINAL MARÍTIMA DE ISLA MUJERES	$200,000.00	$200,000												Obra 2020 pagada con recursos 2021 (obra concluida)
9	REPARACIONES AL MUELLE DE CONCRETO DE PUERTO MORELOS	$320,000.00	$320,000												Obra 2020 pagada con recursos 2021 (obra concluida)
10	SUSTITUCIÓN DE CERCADO PERIMETRAL DE PUERTO MORELOS	$200,000.00	$200,000												Obra 2020 pagada con recursos 2021 (obra concluida)
11	REHABILITACIÓN DE DAÑOS CAUSADOS POR FENÓMENOS HIDROMETEOROLÓGICOS EN EL MUELLE DE TRANSBORDADORES CALETITA	$1,000,000.00									$300,000	$200,000	$200,000	$300,000	Reprogramado
12	REHABILITACIÓN DE DAÑOS CAUSADOS POR FENÓMENOS HIDROMETEOROLÓGICOS EN EL MURO DE CONTENCIÓN DE PUERTO MORELOS	$500,000.00									$150,000	$100,000	$100,000	$150,000	Reprogramado
13	REHABILITACIÓN DE DAÑOS CAUSADOS POR FENÓMENOS HIDROMETEOROLÓGICOS EN LAS INSTALACIONES DE ISLA MUJERES	$1,000,000.00									$300,000	$200,000	$200,000	$300,000	Reprogramado
14	REHABILITACIÓN DE DAÑOS CAUSADOS POR FENÓMENOS HIDROMETEOROLÓGICOS EN LAS INSTALACIONES DE PUERTO JUAREZ	$500,000.00									$150,000	$100,000	$100,000	$150,000	Reprogramado

TOTAL ANUAL: $16,000,000.00

* MONTOS NO INCLUYEN I.V.A.
** LA PROPUESTA ESTÁ ALINEADA CON EL PROGRAMA DE OBRAS PROPUESTO PMDP
*** ACTUALIZADO 11 DE MAYO DEL 2021

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
11/10/2021

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	4.000	0.000	0.000	0.000	12.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
11/10/2021

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	12.000

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 EN SAN MIGUEL EN COZUMEL, MARINA BANCO PLAYA EN COZUMEL, ISLA MUJERES, PUERTO MORELOS, LOS CUALES FUERON REALIZADOS AL 100%.

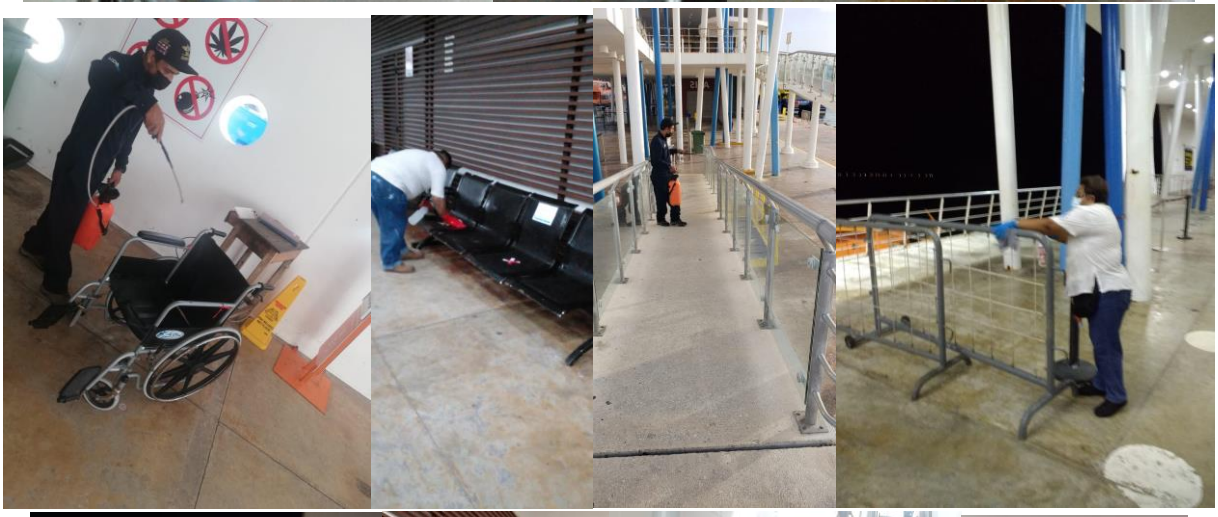
Elaboró **Revisó** **Autorizó**

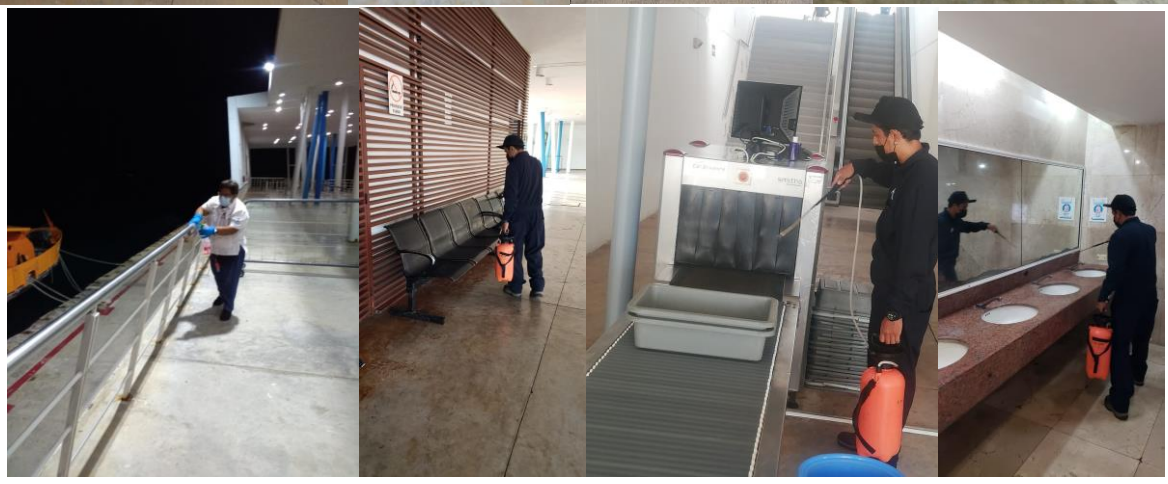
ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

RECINTO DE MUELLE FISCAL DE COZUMEL

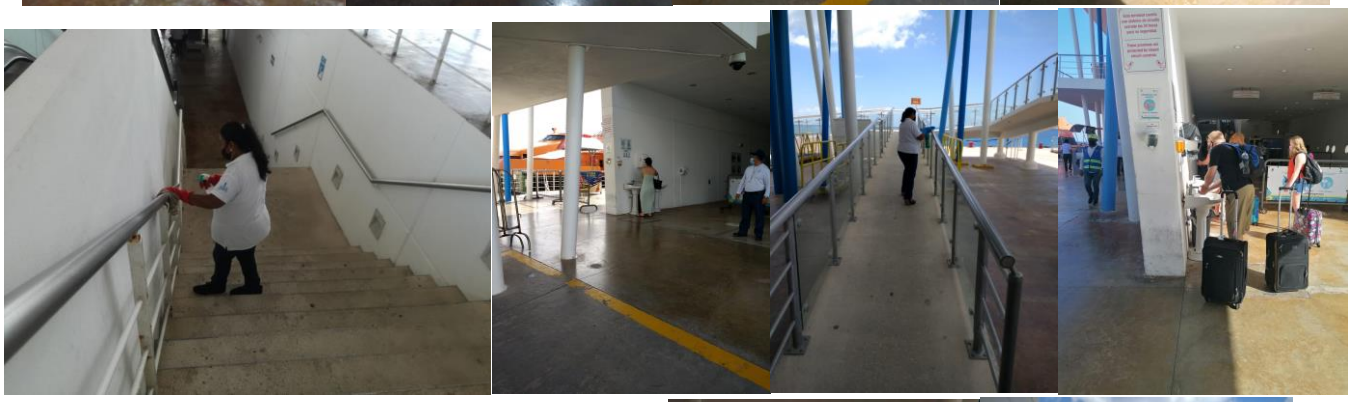
JULIO A SEPTIEMBRE 2021

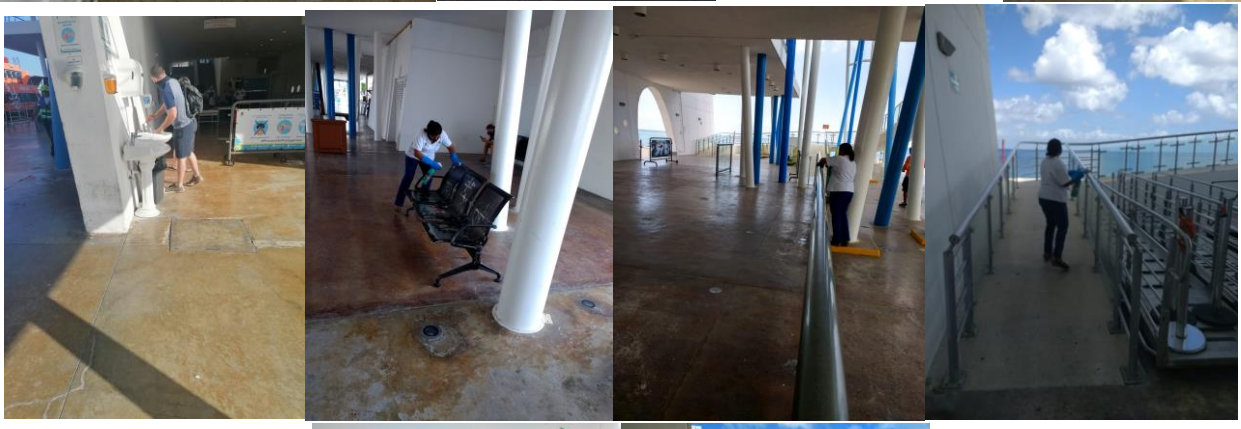




ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

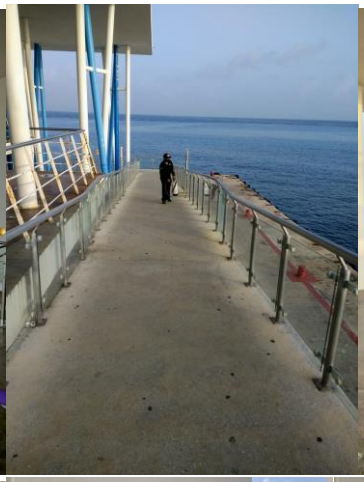
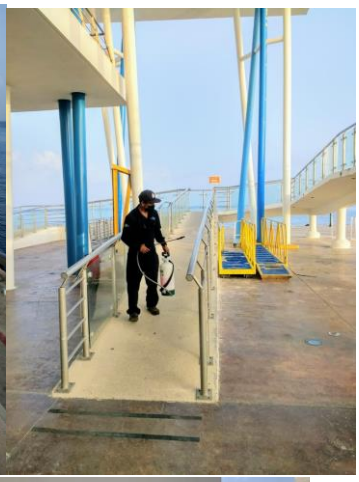
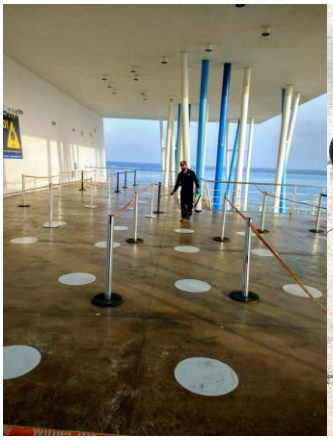
MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.





ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

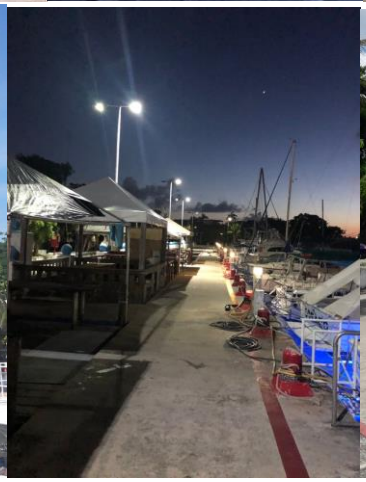




ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

MARINA BANCO PLAYA EN COZUMEL

JULIO A SEPTIEMBRE 2021

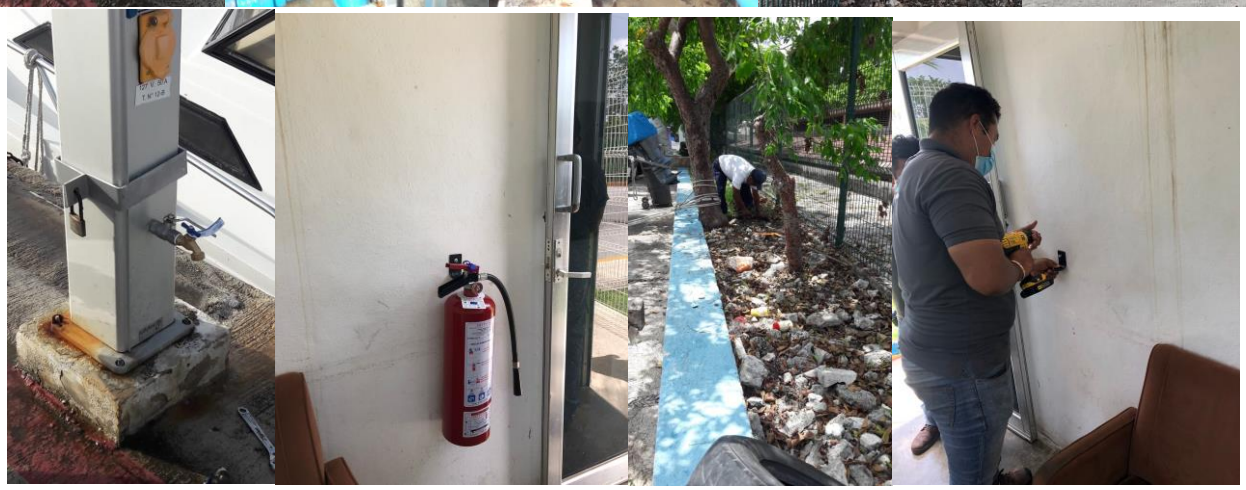


ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

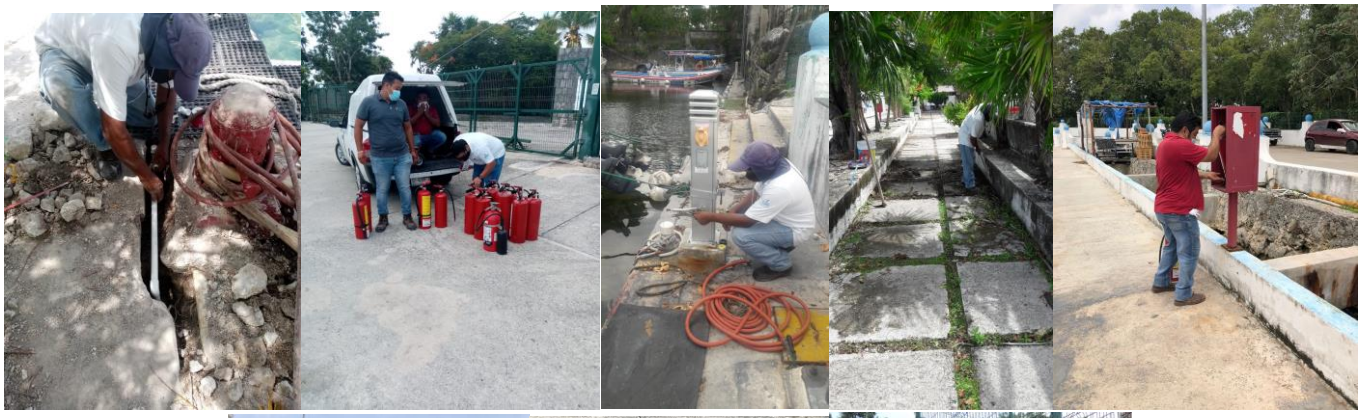


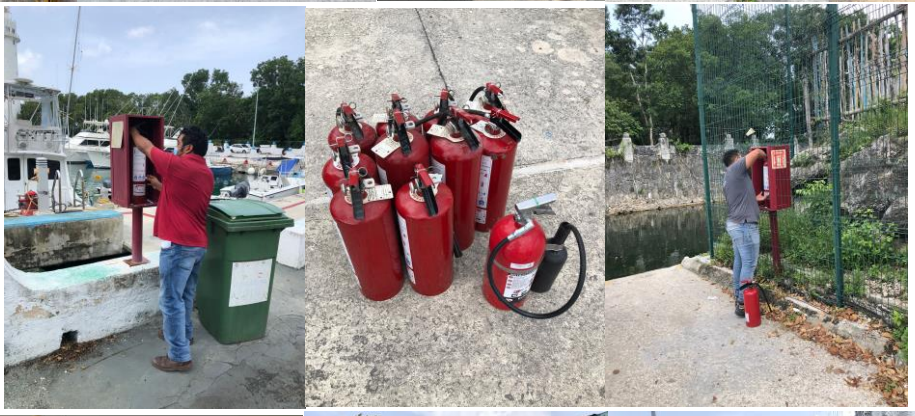
ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

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

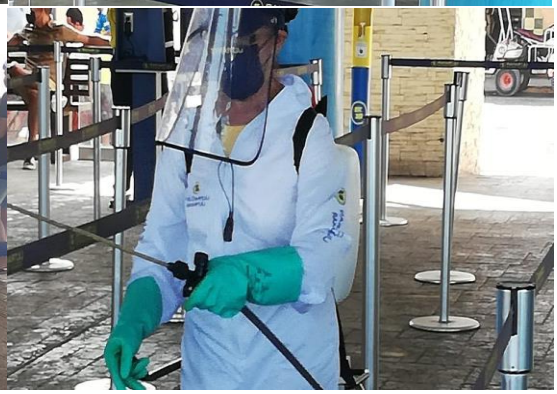
MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

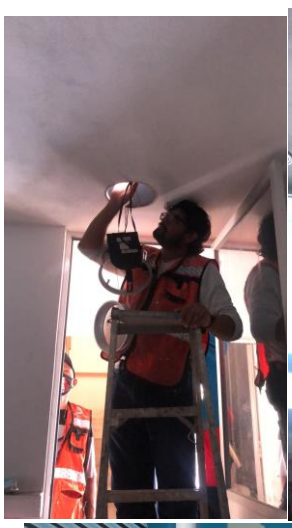
RECINTO DE ISLA MUJERES

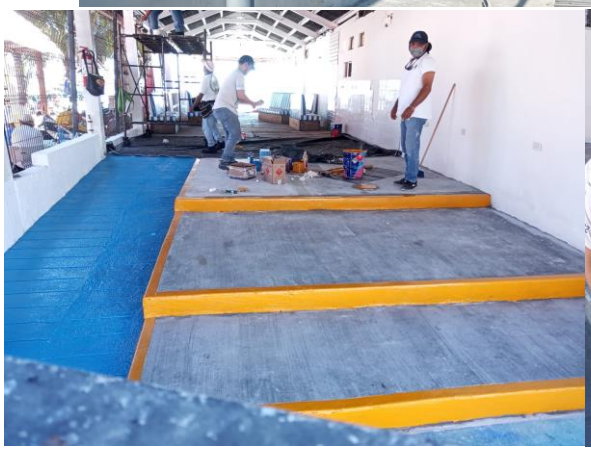
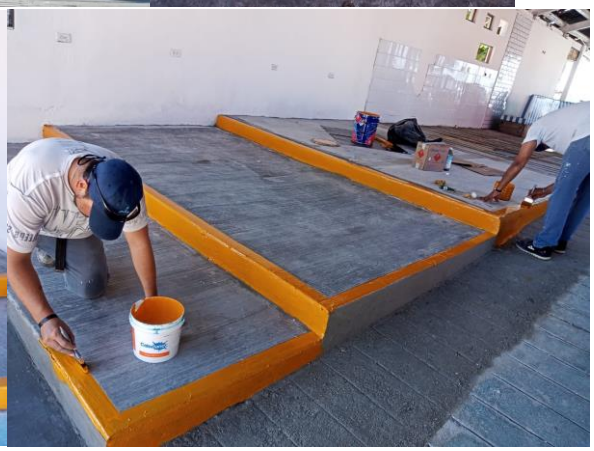
JULIO A SEPTIEMBRE 2021



ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

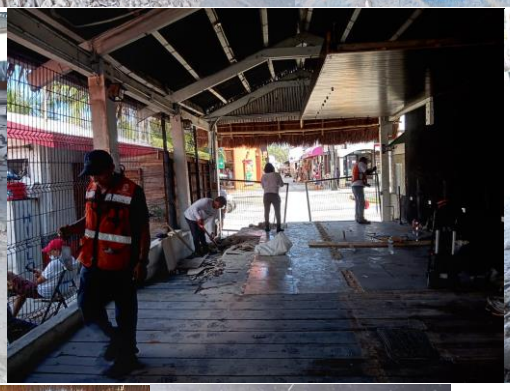
MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.



ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

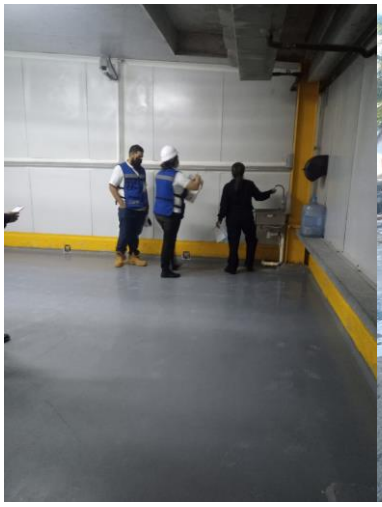


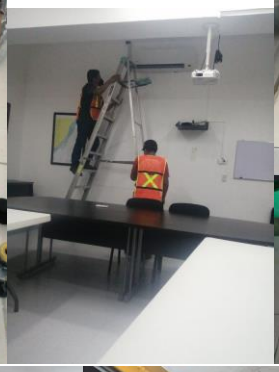
ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

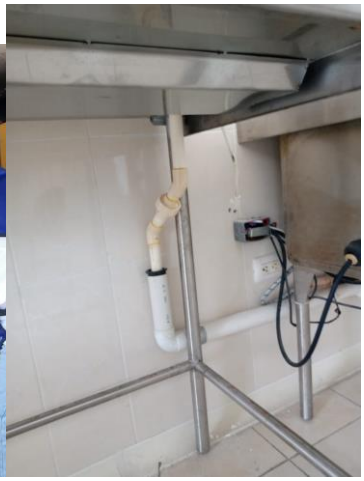
MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

RECINTO DE PUERTO MORELOS

JULIO A SEPTIEMBRE 2021

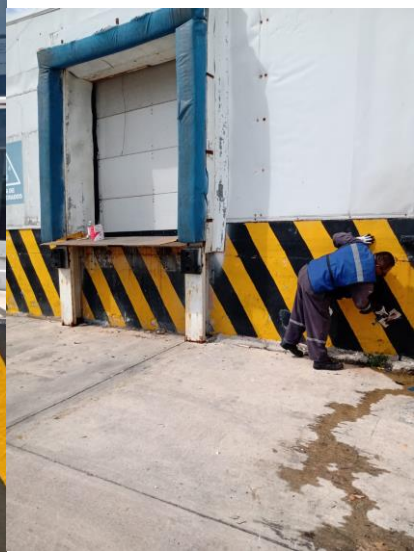
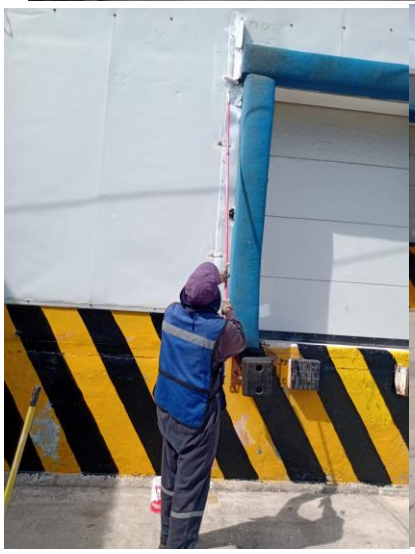






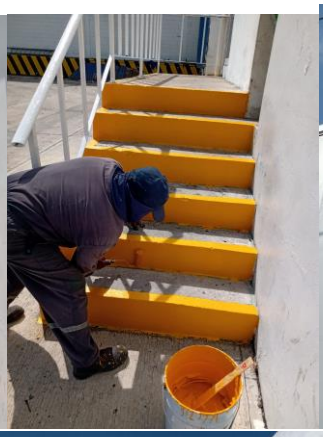
ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

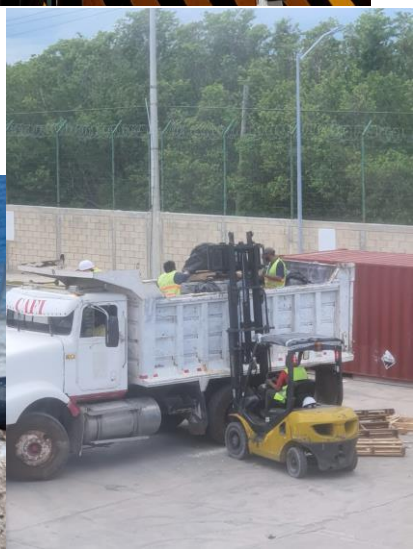
MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

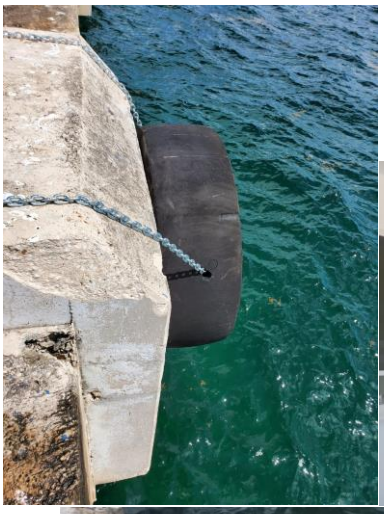
MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

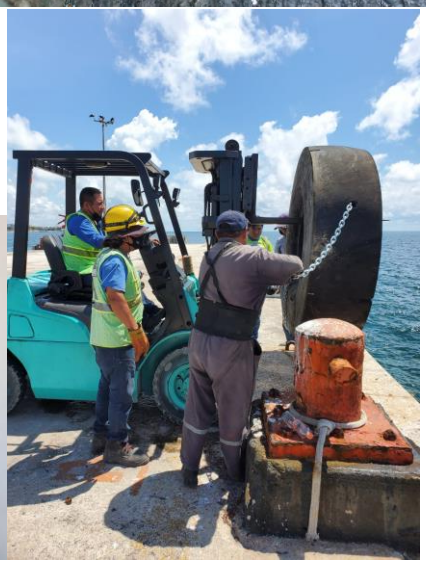


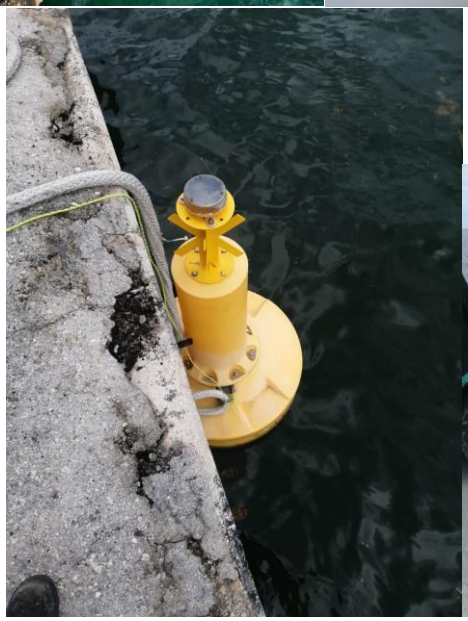


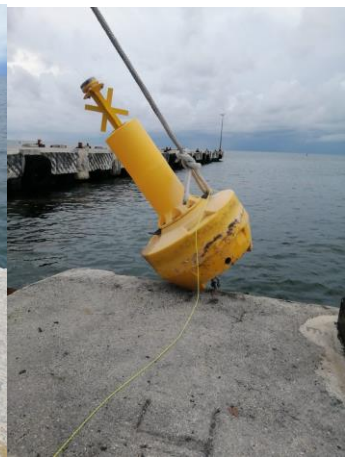
ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.



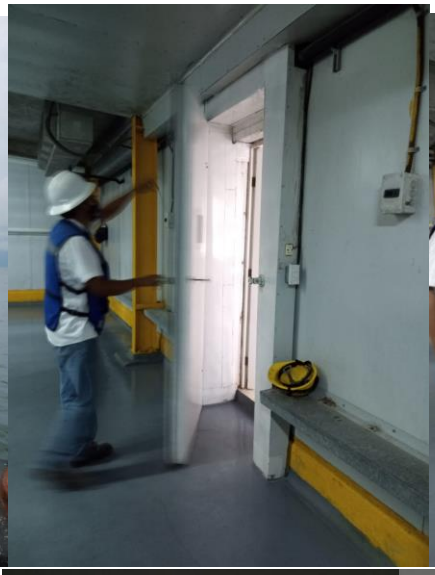


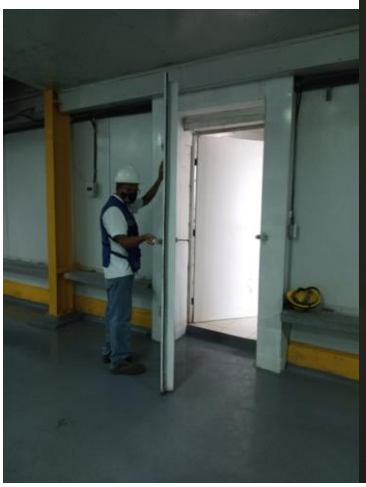




ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

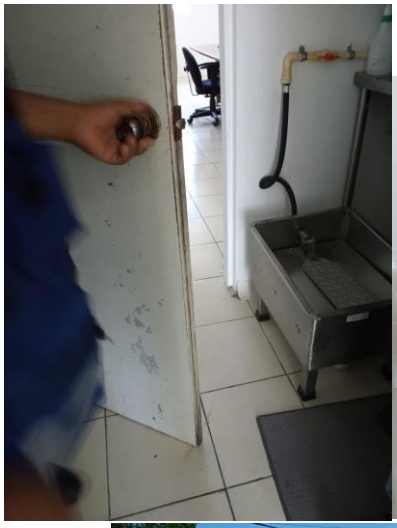
MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.

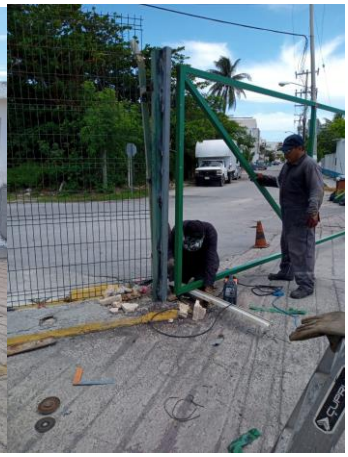
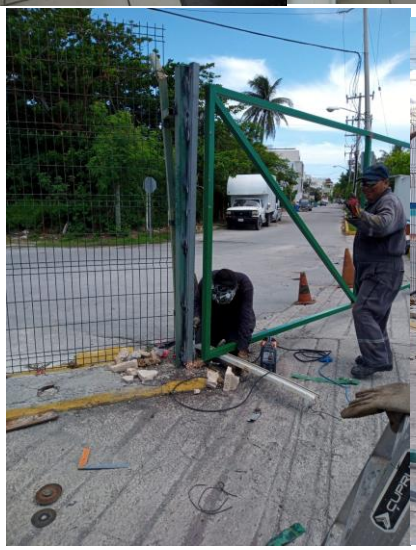


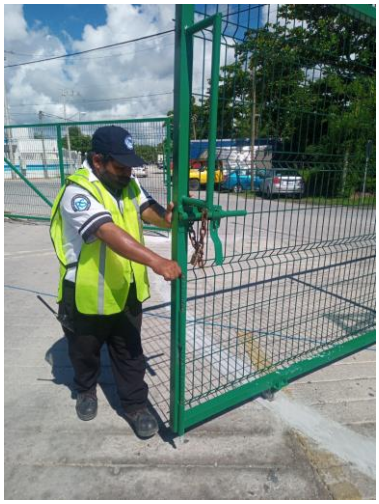


ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

MANTENIMIENTO MENOR REALIZADA EN LOS RECINTOS PORTUARIOS.





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
11/10/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: E076 - 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	80.000	40.000	140.000	0.000	0.000	0.000	695.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
11/10/2021

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	329.000

AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
200.000	196.970	98.485	200.000	100.000	211.246	105.623	105.623	0.000	1.538

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
196.970	VERDE	Se anexa formatos STPS DC-3 debidamente requisitados y evidencia fotografica

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN
TERCER TRIMESTRE

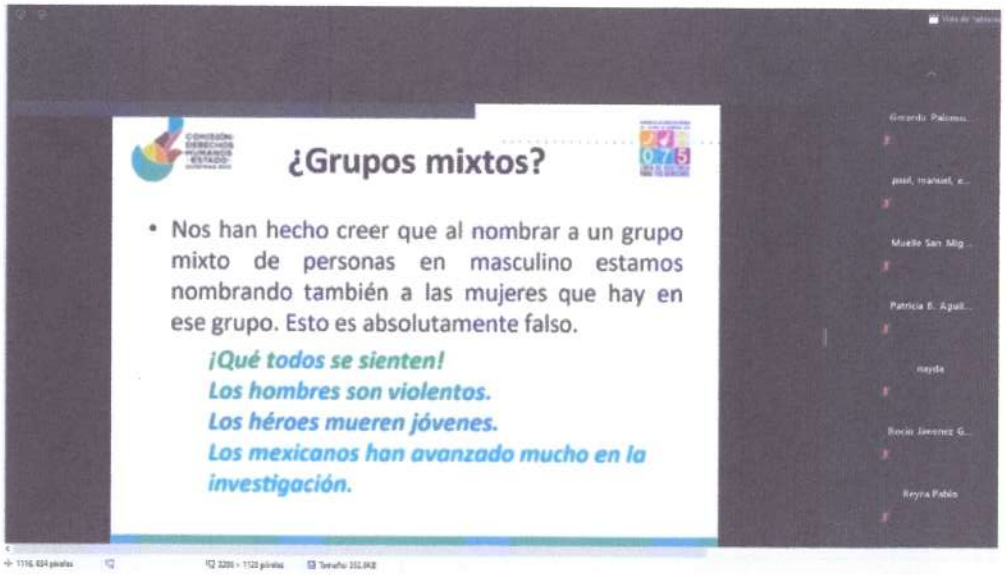
QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

2 DE JULIO

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO



Jesus Eduardo Ayora Gómez
Resp. Capacitación

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

23 DE JULIO

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Jesus Eduardo Ayora Gomez
Resp. de Capacitación

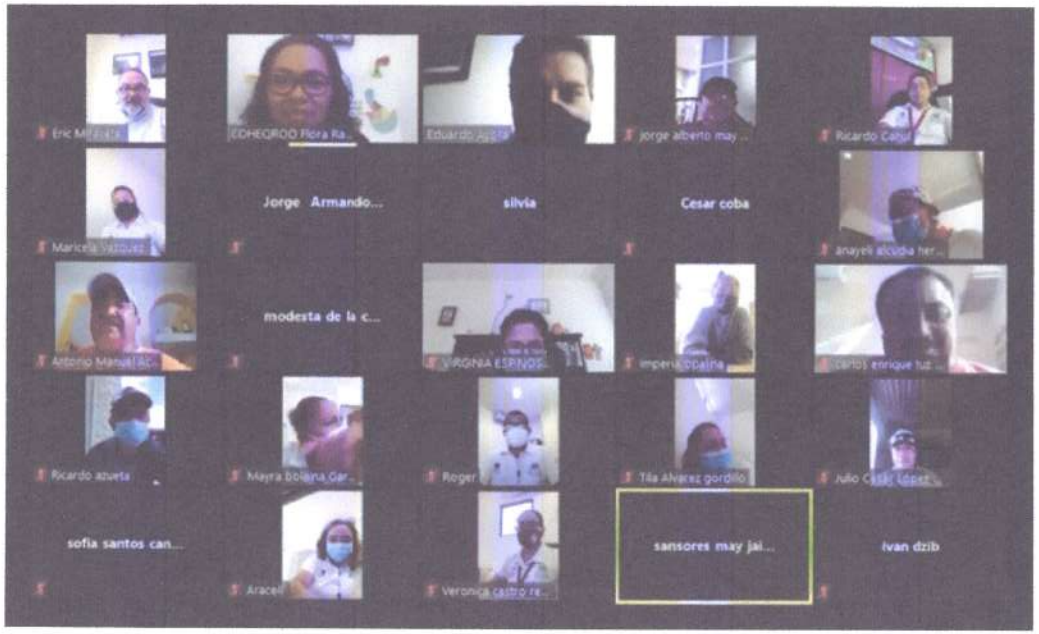
QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

13 DE AGOSTO

CULTURA DE LA LEGALIDAD



Jesus Eduardo Ayora Gómez
Resp. de Capacitación

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

17 DE SEPTIEMBRE

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDHEQROO

Jesus Eduardo Ayora Gómez
Resp. de Capacitación

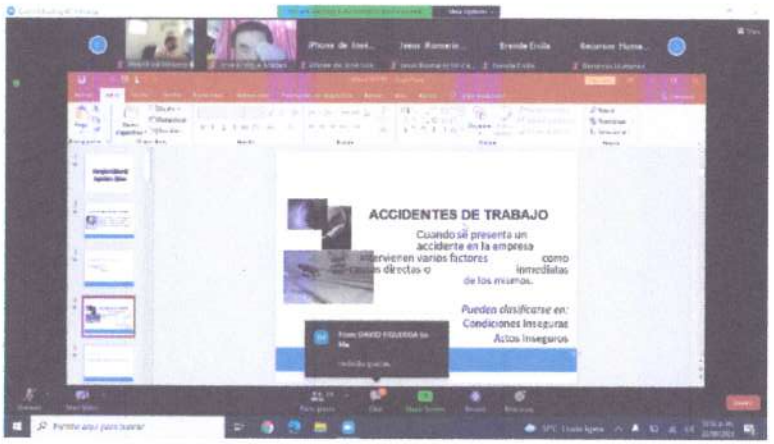
QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

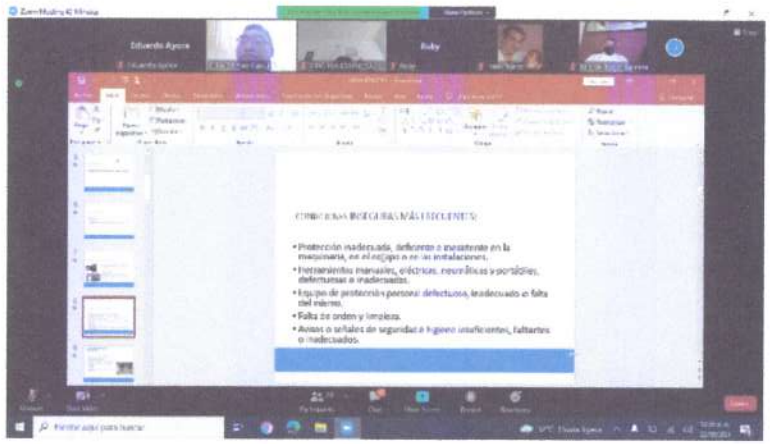
MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

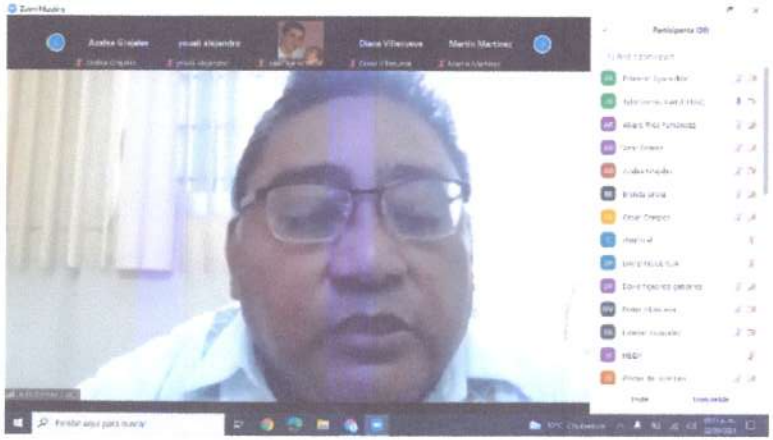
APIQ

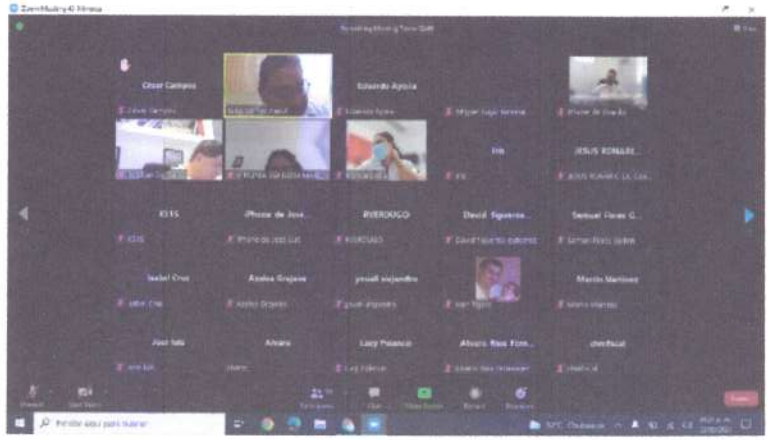
22 DE SEPTIEMBRE

NOM 019 STPS 2011 COMISIONES DE SEGURIDAD E HIGIENE









Jesus Eduardo Ayora Gomez.
Prof. Capacitador

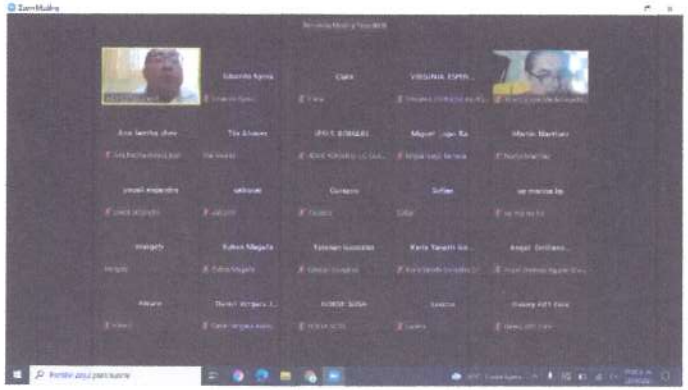
QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

23 DE SEPTIEMBRE

NOM 017 STPS 2008 EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL



Jesus Eduardo Ayora Gómez
Resp. de Capacitación

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA. 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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2 0 2 1	0 9	1 7	a	2 0 2 1	0 9	1 7

Área temática del curso[2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS[3/]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q91

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal[4/]	Representante de los trabajadores[5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

*Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADDR

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 8 H Q R N Y N 0 2	0

Puesto*
JEFE CONTABLE

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	07	02	a	2021	07	02	

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [4]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRANADOS ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas o subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por áreas competentes de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte dias hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social.

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaria el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 • 2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 8	1 3	a	2 0 2 1	0 8	1 3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	8	1	3	a	2	0	2	1	0	8	1	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q71

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Dia		Año	Mes	Dia
2	De	2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 - 2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[iv]
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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [ii]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT NANCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	0	2	a	2	0	2	1	0	7	0	2

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT [illegible] CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 7	2 3	a	2 0 2 1	0 7	2 3

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	08	13	a	2021	08	13

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q101

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 - 2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q86

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2	De	2	0	2	1	0	7	0	2	a	2	0	2	1	0	7	0	2

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917 Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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)[v]
C U M C 6 3 1 1 2 6 H Q R H R R 0 1	0

Puesto*

SUPERVISOR DE MANTENIMIENTO

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a maquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917 Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JOSE ANGEL PEREZ DE LA CRUZ

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

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	08	13	a	2021	08	13

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catalogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	08	13	a	2021	08	13

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a maquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al termino del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	08	13	a	2021	08	13

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917 Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Dia		Año	Mes	Dia
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917 Q75

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q102

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q92

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q89

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso 2/

9000

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q83

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal 4/	Representante de los trabajadores 5/
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LAEMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q98

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	0	2	a	2	0	2	1	0	7	0	2

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 • 2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	0	2	a	2	0	2	1	0	7	0	2

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	0	2	a	2	0	2	1	0	7	0	2

Área temática del curso 2/

9000

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal 4/	Representante de los trabajadores 5/
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[IV]
G U A L 8 5 0 1 2 3 M Q R R L L 0 5	0

Puesto*
JEFA CONTABLE

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [II]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [III]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [IV]	Representante de los trabajadores [V]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[I] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[II] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[IV] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[V] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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)[v]
N U C N 7 9 0 9 1 9 M Q R X H Y 0 1	0

Puesto*
JEFA DE CARTERA

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 - 2022

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	8	1	3	a	2	0	2	1	0	8	1	3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	MARCELA AZALEA GRACIALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2	De	2	0	2	1	0	8	1	3	a	2	0	2	1	0	8	1	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016-2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 8	1 3	a	2 0 2 1	0 8	1 3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q97

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO OLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016-2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 9	1 7	a	2 0 2 1	0 9	1 7	

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q73

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q85

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA CRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q70

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q88

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q87

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q74

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

SILVIA CRISTINA BADILLO GARCIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
B A G S 8 3 0 4 0 6 M Q R D R L 0 9	0

Puesto*

COORDINADORA GENERAL 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. (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	08	13	a	2021	08	13

Área temática del curso [3]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - COH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA ORTEGA YORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[4] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MANUEL IVAN TEJERO AGUILAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
T E A M 7 8 0 4 0 7 H Y N J G N 0 6	0

Puesto*

JEFE DE CONTROL DE BIENES

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ROBERTO CARLOS FLORES GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[iv]
F O G R 9 7 0 6 1 4 H Q R L N B 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. (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2	De		2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [ii]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q67

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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]
CASC920608MQRMRH04	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)
APT-940317-RZA

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q6II

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresa con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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)
V E Z R 8 5 0 5 2 9 H S _ _ R Y M D _ 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 2 A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDF

Duración en horas	Periodo de ejecución		Año		Mes		Día			Año			Mes		Día	
2	De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso 4

9000

Nombre del agente capacitador o STPS 5

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDI520917-Q55

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal 6	Representante de los trabajadores 7
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE AGUILAR ZAPATA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.

Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en internet en este formato y en la página: www.stps.gob.mx

2 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página: www.stps.gob.mx

3 Cuando impartida por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

4 Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5 Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

6 Esto no obligatorio

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q69

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADRIGAL MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [iv]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. FLORA RAMIREZ	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
RIGOBERTO FLORES GUILLEN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
F O G R 9 2 1 0 0 5 H C S L L G 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. (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [v]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q96

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [#]	Representante de los trabajadores [#]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3]Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[#] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[#] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
M A G R 7 3 0 9 0 3 H Q R G R B 0 7	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. (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [iii]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vii]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ARACELI MARGARITA ROSADO PERAZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
R O P A 9 3 0 9 1 7 M Q R S R R 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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año		Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2 0 2 1		0 9		0 3		a	2 0 2 1				0 9		0 3	

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
TILA ALVAREZ GORDILLO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
A A G T 8 2 0 6 1 0 M C S L R L 1 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. (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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [z]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [y]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[z] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[y] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MAYRA VICTORIA BOLAINA GARCIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[y]
B O G M 9 0 1 2 0 7 M T C L R Y 0 8	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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [z]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [x]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [w]	Representante de los trabajadores [v]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[z] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[x] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[w] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
ASUNCION HERNANDEZ NARVAEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
H E N A 6 9 0 1 1 5 H T C R R S 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. (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q81

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	17	a	2021	09	17	

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q72

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
ALICIA YARISOL MAGAÑA MOGUEL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [1]
M A M A 7 3 0 9 2 7 M Q R G G L 0 3	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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	~~Patrón o representante legal~~ [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
IMPERIA OPALINA FLORES GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
F O G I 9 5 1 1 3 0 M Q R L N M 0 9	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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Dia		Año	Mes	Dia
2	De	2021		09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [v]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q56

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

SOFIA SANTOS CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
S A C S 6 3 0 9 1 8 M Y N N N F 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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	0	3	a	2	0	2	1	0	9	0	3

Área temática del curso [iv]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

SOFIA SANTOS CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
S A C S 6 3 0 9 1 8 M Y N N N F 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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	0	3	a	2	0	2	1	0	9	0	3

Área temática del curso [iv]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)*
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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	17	a	2021	09	17	

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q63

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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) [II]
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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [III]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [IV]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q60

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [V]	Representante de los trabajadores [VI]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[I] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[II] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[IV] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[V] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
IMPERIA OPALINA FLORES GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
F O G I 9 5 1 1 3 0 M Q R L N M 0 9	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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 9	1 7	a	2 0 2 1	0 9	1 7

Área temática del curso [v]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q64

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q80

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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)[V]
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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [V]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [V]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[IV] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
PATRICIA VAZQUEZ PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[iii]
V A P P 6 6 0 1 1 6 M M C Z R T 0 7	0

Puesto*
JEFA DE PRENSA

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [iv]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[iv] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)*
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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	0	3	a	2	0	2	1	0	9	0	3

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MATILDE HERNANDEZ PALACIOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
H E P M 6 0 0 3 1 4 M Y Z R L T 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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [iv]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[v] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MATILDE HERNANDEZ PALACIOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
H E P M 6 0 0 3 1 4 M V Z R L T 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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [iv]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[a]
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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [a]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [b]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [d]	Representante de los trabajadores [e]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[a] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[a]Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[b] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[d] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[e] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DAY AGUIRRE PALMA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) *
A U P D 5 7 0 9 2 9 H V Z G L Y 0 6	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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año		Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2 0 2 1		0 9		0 3		a	2 0 2 1				0 9		0 3	

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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)[y]
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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [z]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [y]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [x]	Representante de los trabajadores [x]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[z] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[y] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[x] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[x] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
EVANGELINA LORIA PACHECO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) *
L O P E 6 4 1 2 1 7 M Y N R C V 0 5	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. (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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
LAZARO PAT BURGOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A B L 8 9 0 8 0 6 H Y N T R Z 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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	0	3	a	2	0	2	1	0	9	0	3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/]Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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) [y]
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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [x]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [y]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[x] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[y] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	0	3	a	2	0	2	1	0	9	0	3

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[v]
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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [iv]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año		Mes		Día			Año			Mes		Día	
1	De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [2/]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[y]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [x]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[x] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[v] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ESTEBAN HUMBERTO GONZALEZ GOMEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
G O G E 7 0 0 1 0 8 H Y N N M S 0 1	0

Puesto*

SUBGERENTE DE PROYECTOS 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Período de ejecución:		Año		Mes		Día			Año				Mes		Día	
1	De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MANCERA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleson el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[v] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 IVAN TEJERO AGUILAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
T E A M 7 8 0 4 0 7 H Y N J G N 0 6	0

Puesto*

JEFE DE CONTROL DE BIENES

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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

NOM-017-STPS - USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)[a]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [b]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [c]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [d]	Representante de los trabajadores [e]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA LAYGUA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[a] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[b] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[c] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[d] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[e] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

URIEL ALCOCER PECH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
A O P U 7 7 0 9 1 2 H Q R L C R 0 8	0

Puesto*

SUBGERENTE DE ADQUISICIONES 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [v]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [#]	Representante de los trabajadores [$]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3]Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[@] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[#] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[$] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)[v]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día			Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021		09	22

Área temática del curso [3]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2]Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)[y]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [z]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [x]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MOTORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[z] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[x] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[v] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[u] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ESTEBAN HUMBERTO GONZALEZ GOMEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
G O G E 7 0 0 1 0 8 H Y N N M S 0 1	0

Puesto*

SUBGERENTE DE PROYECTOS 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

GLADYS DEL RUBY LOPEZ CRUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catàlogo Nacional de Ocupaciones)[v]
L O C G 6 3 1 1 1 5 M Y N P R L 0 0	0

Puesto*

SUBGERENTA CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razòn social (En caso de persona fisica, 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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1	De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MESQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[ii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[v] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 IVAN TEJERO AGUILAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
T E A M 7 8 0 4 0 7 H Y N J G N 0 6	0

Puesto*

JEFE DE CONTROL DE BIENES

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MANZORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[ii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

KEILA CHRISTEL DZUL KU

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
D U K K 8 9 0 9 2 8 M Q R Z X L 0 7	0

Puesto*

JEFA DE APOYO NORMATIVO Y DE ARCHIVO

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MANDRA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MANCERA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año		Mes		Día			Año				Mes		Día	
1	De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MADERA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [y]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [y]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[y] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[y] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

GREGORIO ROSALES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
R O X G 6 7 0 5 0 9 H V Z S X R 0 5	0

Puesto*

COORDINADOR 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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año		Mes		Día			Año			Mes		Día	
1	De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

LUIS JACOBO CHAN RODRIGUEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
C A R L 7 9 0 3 0 5 H Q R H D 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

WILBER ARMANDO CANUL BURGOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
C A B W 7 3 0 5 2 5 H Q R N R L 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Inspector o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[3]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

GREGORIO ROSALES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
R O X G 6 7 0 5 0 9 H V Z S X R 0 5	0

Puesto*

COORDINADOR 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [ii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasareas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

WILBER ARMANDO CANUL BURGOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
C A B W 7 3 0 5 2 5 H Q R N R L 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleson el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [ii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iii]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE HADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iii] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 JACOBO CHAN RODRIGUEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
C A R L 7 9 0 3 0 5 H Q R H D 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DANIEL ENRIQUE BORGA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
B O X D 8 1 0 4 0 1 H Q R R X N 0 2	0

Puesto*

JEFE 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [3]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3]Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[4] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 ALBERTO LOPEZ MONTALVO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
L O M C 9 4 0 6 0 9 H V Z P N R 0 8	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 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [ii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
JOSUE DAVID TUZ CANTO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
T U C J 7 9 0 7 0 5 H Q R Z N S 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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vii]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iv] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[v] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ELIAS VENANCIO VELA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
V E V E 8 9 0 9 2 7 H Q R N L L 0 8	0

Puesto*

TECNICO DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona fisica, 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleson el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 DELGADO GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
D E G A 8 8 0 3 0 1 H Q R L N N 0 5	0

Puesto*

JEFE DE ALMACEN 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:																
1	De	Año 2 0 2 1	Mes 0 9	Día 2 2	a	Año 2 0 2 1	Mes 0 9	Día 2 2

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4 Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5 Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)*
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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:																
1	De	Año 2021	Mes 09	Día 22	a	Año 2021	Mes 09	Día 22

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 ELENA RIOS FERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
R I F R 6 1 0 1 2 3 M Q R S R S 0 8	0

Puesto*

COORDINADORA GENERAL DE 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:																	
1	De	Año 2021	Mes 09	Día 22	a	Año 2021	Mes 09	Día 22

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

** Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

*** Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

FABIOLA VICENCIO JIMENEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
V I J F 7 1 1 0 1 8 M V Z C M B 0 7	0

Puesto*

COORDINADORA GENERAL DE OPERACIONES 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 ADRIAN LIRA AGUILAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
L I A J 8 5 0 8 1 2 H Y N R G S 0 8	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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso *

5000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor titular	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CASTROS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 OSORIO SANCHEZ

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
O O S G 6 5 0 8 1 5 H Q R S N R 0 5	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. (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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2 0 2 1	0 9	2 2	a	2 0 2 1	0 9	2 2

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 DELGADO GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
D E G A 8 8 0 3 0 1 H Q R L N N 0 5	0

Puesto*
JEFE DE ALMACEN 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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o Tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[1] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato 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 GILBERTO NAH NOH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
N A N C 7 5 1 0 1 0 H Y N H H 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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

° Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

° Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

° Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

CLARA ACOSTA LOEZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
A O L C 6 4 0 1 2 3 M Y N C Z L 0 9	0

Puesto[2]

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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [3]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [4]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [5]	Representante de los trabajadores [6]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

[6] Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ROSA ELENA RIOS FERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
R I F R 6 1 0 1 2 3 M Q R S R S 0 8	0

Puesto*

COORDINADORA GENERAL DE 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMEROS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DANIEL VERGARA JUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
V E J D 7 4 0 9 2 1 H V Z R R N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

† Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

** Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 BERTHA CHEVEZ JUAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
C E J A 7 8 1 0 1 3 M O C H N N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 DANIEL CASTILLA SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
C A S D 6 7 0 1 2 5 H O C S N N 0 5	0

Puesto*

OFICIAL 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal*	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

§Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

§ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

§ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ZARINA ALEJANDRA TUZ CHUC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
T U C Z 8 1 0 3 2 7 M Y N Z H R 0 9	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso ²

6000

Nombre del agente capacitador o STPS ³

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal.*	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

² Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

³Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 ADRIAN LIRA AGUILAR

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
L I A J 8 5 0 8 1 2 H Y N R G S 0 8	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

** Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

*** Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

GERARDO OSORIO SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
O O S G 6 5 0 8 1 5 H Q R S N R 0 5	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DANIEL VERGARA JUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
V E J D 7 4 0 9 2 1 H V Z R R N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal**	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

** Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JOSE DANIEL CASTILLA SANCHEZ

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
C A S D 6 7 0 1 2 5 H O C S N N 0 5	0

Puesto*

OFICIAL 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

‡ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 BERTHA CHEVEZ JUAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
C E J A 7 8 1 0 1 3 M O C H N N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4 Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5 Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)*
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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal*	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[5] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[6] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[8] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato 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 GUADALUPE CONTRERAS FERNANDEZ

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
C O F G 5 5 1 2 1 0 M Y N N R D 0 5	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o Asesor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

RENATO TREJO GARRIDO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
T E G R 5 5 1 0 1 5 H Q R R 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

° Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

° Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
JOSE MANUEL DE ATOCHA SOSA CELIS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
S O C M 6 0 0 7 0 9 H Y N S L N 0 2	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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

: Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encontrarán disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ZARINA ALEJANDRA TUZ CHUC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[2]
T U C Z 8 1 0 3 2 7 M Y N Z H R 0 9	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DAMARIS CRIZOL AVILA PEREZ

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
A I P D 8 7 0 2 2 0 M Y N V R M 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

° Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

° Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

° Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DANIEL VERGARA JUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
V E J D 7 4 0 9 2 1 H V Z R R N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarán el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
FRANCISCO RAMON MENDEZ CUPUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
M E C F 6 9 0 9 1 6 H Y N N P R 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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso ‡
6000

Nombre del agente capacitador o STPS ◊
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal ▪	Representante de los trabajadores ▪
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
◊ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
▪ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
▪ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
DAMARIS CRIZOL AVILA PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
A I P D 8 7 0 2 2 0 M Y N V R M 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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CALLOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

° Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

° Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 TRUJILLO REJON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
T U R M 6 8 0 4 2 2 H Y N R J N 1 9	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

1 Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

1 Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

1 Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JORDY JAVIER FERNANDEZ MONTERO

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
F E M J 9 8 0 8 2 5 H Q R R N R 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JORDY JAVIER FERNANDEZ MONTERO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[2]
F E M J 9 8 0 8 2 5 H Q R R N R 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [3]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [4]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [5]	Representante de los trabajadores [6]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[4] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[5] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[6] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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) [iii]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Período de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P. T. MARCELA AZALEA GRAJALES AKCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COMBT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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*

SUBGERENTE 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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CORT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[ii]
A U H S 7 2 0 8 2 0 M V Z G R N 1 5	0

Puesto*

SUBGERENTE 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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día			Año	Mes	Día
1		De	2021	09	22	a		2021	09	22

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CORT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[ii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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. (Marina Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

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

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTÍN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 JOAQUIN CANCHE CHAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
C A C R 8 5 0 1 0 5 H Y N N H Y 0 2	0

Puesto*

COORDINADOR GENERAL 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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CORT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	R.T. MARCELA AZALEA GRANADOS ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CORTÉS
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[II]
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. (Marina Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

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

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [II]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [III]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [IV]	Representante de los trabajadores [V]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[I] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[II] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[IV] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[V] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
B A C F 7 3 1 2 0 4 H Y N R N L 0 4	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZUCENA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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) [v]
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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [v]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[iii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[ii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CONRT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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 fisica, 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [ii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CHUIRT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JORGE ARTURO MARTIN GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[iv]
M A G J 6 8 0 5 1 0 H Q R R N R 0 1	0

Puesto*

ADMINISTRADOR GENERAL DE 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA ABALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iv] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[b] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vii]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRANALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CORT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2/]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[II]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [II]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [III]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [IV]	Representante de los trabajadores [V]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[II] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[IV] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[V] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[2]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[#] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso [ii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T MARCELA AZALEA CRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarán el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [v]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[vi] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catàlogo 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

QUINTANA ROO

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)[v]
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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [v]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JAIME FERNANDO SANSORES MAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [I]
S A M J 7 4 0 3 2 4 H Q R N Y M 0 8	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [II]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [III]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o Autor	Patrón o representante legal [IV]	Representante de los trabajadores [V]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[I] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[II] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[IV] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[V] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
M A G R 7 3 0 9 0 3 H Q R G R B 0 7	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[ii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ANGEL EMILIANO AGUILAR EROSA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [3]
A U E A 0 3 0 1 3 1 H Q R G R N A 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

TILA ALVAREZ GORDILLO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
A A G T 8 2 0 6 1 0 M C S L R L 1 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
M A C I 7 9 0 4 0 6 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [3]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

YOLANDA TIQUET GARCIA

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

NOM-017-STPS,- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ANAYELI ALCUDIA HERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
A U H A 6 9 0 3 1 0 M T C L R N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 - 2022

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
MARGELY DEL ROSARIO HU PUC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
H U P M 7 4 0 1 1 5 M Y N X C R 0 4	0

Puesto*
ASISTENTE EJECUTIVA

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso [v]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [vi]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iii]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[vi] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iii] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
JOSE MIGUEL LUGO BARRERA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
L U B M 7 7 0 9 0 1 H Y N G R G 0 3	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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [ii]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MATILDE HERNANDEZ PALACIOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[iii]
H E P M 6 0 0 3 1 4 M V Z R L T 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iv] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [4][5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 LUIS MARRUFO RIVERO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
M A R L 6 4 0 6 1 0 H Q R R V S 0 1	0

Puesto*

SUBGERENTE DE OPERACIONES DE PUNTA SAM

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o Juror	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
JOSE MIGUEL LUGO BARRERA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[V]
L U B M 7 7 0 9 0 1 H Y N G R G 0 3	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. (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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [II]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [III]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [IV]	Representante de los trabajadores [V]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[I] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[II] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[IV] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[v]
M A G R 7 3 0 9 0 3 H Q R G R B 0 7	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. (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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el 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
11/10/2021

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					
							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	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	20.000	10.000	40.000	0.000	0.000	0.000	172.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
11/10/2021

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	167.000

AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
100.000	104.478	104.478	100.000	100.000	102.994	102.994	102.994	7.692	3.077

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
104.478	VERDE	Se realiza capacitación en temas de derechos humanos tales como, lenguaje incluyente, funciones de la CDHEQROO, etc

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN
TERCER TRIMESTRE

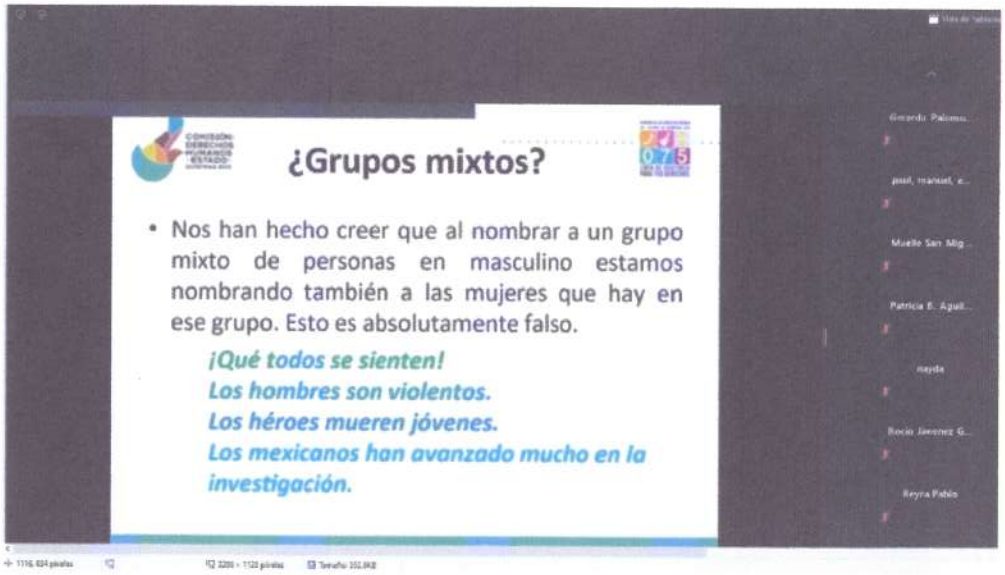
QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

2 DE JULIO

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO



Jesus Eduardo Ayora Gómez
Resp. Capacitación

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

23 DE JULIO

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Jesus Eduardo Ayora Gomez
Resp. de Capacitación

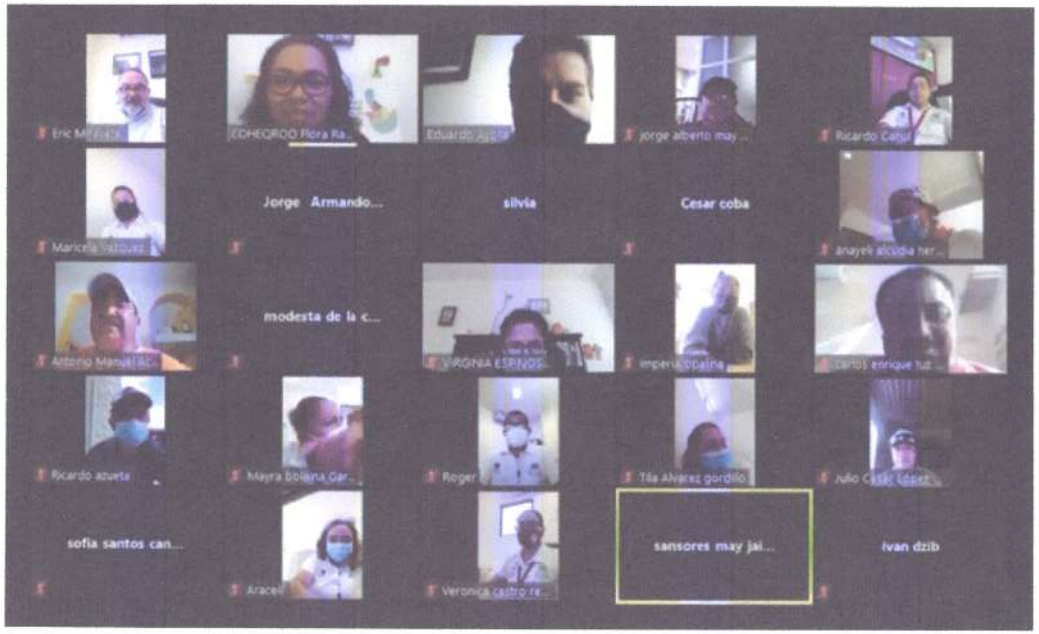
QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

13 DE AGOSTO

CULTURA DE LA LEGALIDAD



Jesus Eduardo Ayora Gómez
Resp. de Capacitación

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

17 DE SEPTIEMBRE

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDHEQROO

Jesus Eduardo Ayora Gómez
Resp. de Capacitación

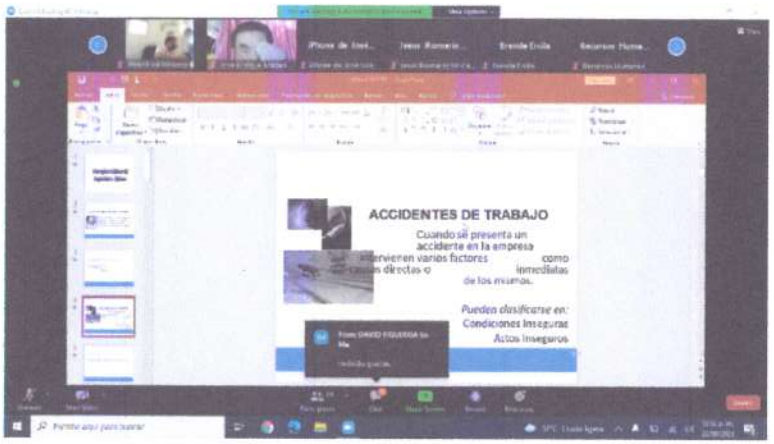
QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

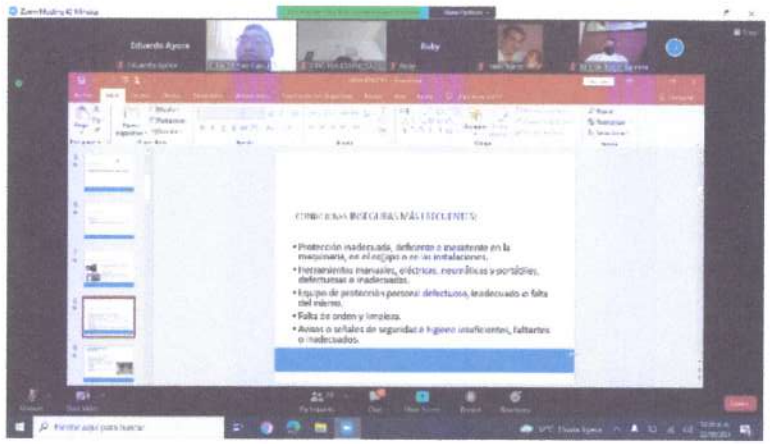
MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

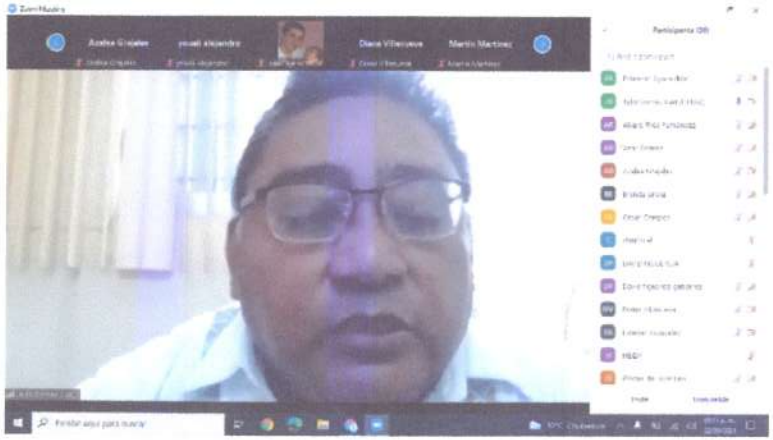
APIQ

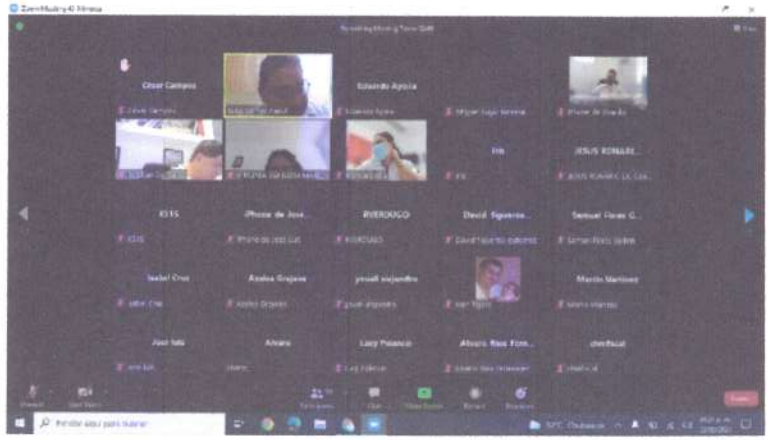
22 DE SEPTIEMBRE

NOM 019 STPS 2011 COMISIONES DE SEGURIDAD E HIGIENE









Jesus Eduardo Ayora Gomez.
Prof. Capacitador

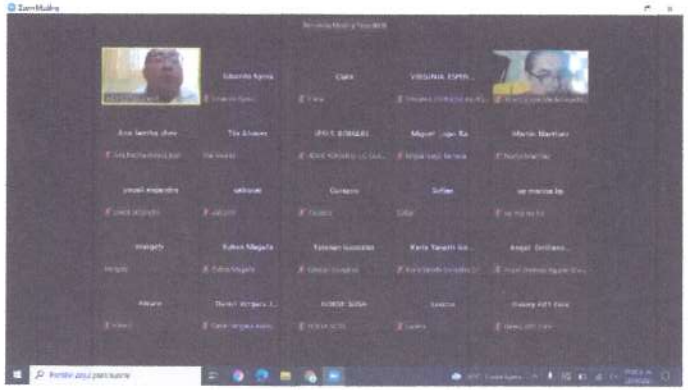
QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQ

23 DE SEPTIEMBRE

NOM 017 STPS 2008 EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL



Jesus Eduardo Ayora Gómez
Resp. de Capacitación

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 DE LA EMPRESA

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

ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA. 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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2 0 2 1	0 9	1 7	a	2 0 2 1	0 9	1 7

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q91

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

*Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADDR

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 8 H Q R N Y N 0 2	0

Puesto*
JEFE CONTABLE

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	07	02	a	2021	07	02	

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [4]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRANADOS ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas o subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por áreas competentes de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte dias hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social.

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaria el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 • 2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 8	1 3	a	2 0 2 1	0 8	1 3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	8	1	3	a	2	0	2	1	0	8	1	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q71

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Dia		Año	Mes	Dia
2	De	2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 - 2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[iv]
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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [ii]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT NANCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	0	2	a	2	0	2	1	0	7	0	2

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT [illegible] CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 7	2 3	a	2 0 2 1	0 7	2 3

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	08	13	a	2021	08	13

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q101

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 - 2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q86

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	SANDRA ISELA AGUILAR HERRERA	POLANCO POOT LUCY CRISTINA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2	De	2	0	2	1	0	7	0	2	a	2	0	2	1	0	7	0	2

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917 Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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)[v]
C U M C 6 3 1 1 2 6 H Q R H R R 0 1	0

Puesto*

SUPERVISOR DE MANTENIMIENTO

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a maquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917 Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JOSE ANGEL PEREZ DE LA CRUZ

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

Puesto*

AUXILIAR DE OPERACIONES Y VIGILANCIA

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	08	13	a	2021	08	13

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catalogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	08	13	a	2021	08	13

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a maquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al termino del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	08	13	a	2021	08	13

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917 Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Dia		Año	Mes	Dia
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917 Q75

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q102

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q92

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q89

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso 2/

9000

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q83

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal 4/	Representante de los trabajadores 5/
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LAEMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q98

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	REYES JOAQUIN CANCHE CHAY	FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	0	2	a	2	0	2	1	0	7	0	2

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 • 2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	0	2	a	2	0	2	1	0	7	0	2

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	02	a	2021	07	02

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

LENGUAJE INCLUYENTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	0	2	a	2	0	2	1	0	7	0	2

Área temática del curso 2/

9000

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal 4/	Representante de los trabajadores 5/
LIC. ERNESTO CHEJIN EROSA	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[IV]
G U A L 8 5 0 1 2 3 M Q R R L L 0 5	0

Puesto*
JEFA CONTABLE

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [II]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [III]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [IV]	Representante de los trabajadores [V]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[I] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[II] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[IV] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[V] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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)[v]
N U C N 7 9 0 9 1 9 M Q R X H Y 0 1	0

Puesto*
JEFA DE CARTERA

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 - 2022

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	8	1	3	a	2	0	2	1	0	8	1	3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	MARCELA AZALEA GRACIALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2	De	2	0	2	1	0	8	1	3	a	2	0	2	1	0	8	1	3

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016-2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 8	1 3	a	2 0 2 1	0 8	1 3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q97

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO OLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016-2022

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 9	1 7	a	2 0 2 1	0 9	1 7	

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q73

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q85

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA CRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q70

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q88

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q87

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [2/]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q74

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

SILVIA CRISTINA BADILLO GARCIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
B A G S 8 3 0 4 0 6 M Q R D R L 0 9	0

Puesto*

COORDINADORA GENERAL 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. (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

CULTURA DE LA LEGALIDAD

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	08	13	a	2021	08	13

Área temática del curso [3]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES - COH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MINELVIA YADIRA JIMENEZ MENESES	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA ORTEGA YORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[4] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MANUEL IVAN TEJERO AGUILAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
T E A M 7 8 0 4 0 7 H Y N J G N 0 6	0

Puesto*

JEFE DE CONTROL DE BIENES

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ROBERTO CARLOS FLORES GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[iv]
F O G R 9 7 0 6 1 4 H Q R L N B 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. (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2	De		2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [ii]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q67

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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]
CASC920608MQRMRH04	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)
APT-940317-RZA

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q6II

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresa con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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)
V E Z R 8 5 0 5 2 9 H S _ _ R Y M D _ 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 2 A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDF

Duración en horas	Periodo de ejecución		Año		Mes		Día			Año			Mes		Día	
2	De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso 4

9000

Nombre del agente capacitador o STPS 5

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDI520917-Q55

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal 6	Representante de los trabajadores 7
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE AGUILAR ZAPATA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.

Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en internet en este formato y en la página: www.stps.gob.mx

2 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página: www.stps.gob.mx

3 Cuando impartida por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

4 Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5 Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

6 Esto no obligatorio

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q69

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADRIGAL MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [iv]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. FLORA RAMIREZ	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
RIGOBERTO FLORES GUILLEN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
F O G R 9 2 1 0 0 5 H C S L L G 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. (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	1	7	a	2	0	2	1	0	9	1	7

Área temática del curso [v]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q96

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [#]	Representante de los trabajadores [#]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3]Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[#] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[#] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
M A G R 7 3 0 9 0 3 H Q R G R B 0 7	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. (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

DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [iii]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vii]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ARACELI MARGARITA ROSADO PERAZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
R O P A 9 3 0 9 1 7 M Q R S R R 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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año		Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2 0 2 1		0 9		0 3		a	2 0 2 1				0 9		0 3	

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
TILA ALVAREZ GORDILLO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
A A G T 8 2 0 6 1 0 M C S L R L 1 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. (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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [z]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [y]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[z] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[y] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MAYRA VICTORIA BOLAINA GARCIA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[y]
B O G M 9 0 1 2 0 7 M T C L R Y 0 8	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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [z]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [x]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [w]	Representante de los trabajadores [v]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[z] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[x] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[w] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
ASUNCION HERNANDEZ NARVAEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
H E N A 6 9 0 1 1 5 H T C R R S 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. (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q81

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	17	a	2021	09	17	

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q72

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
ALICIA YARISOL MAGAÑA MOGUEL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [1]
M A M A 7 3 0 9 2 7 M Q R G G L 0 3	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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	~~Patrón o representante legal~~ [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
IMPERIA OPALINA FLORES GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
F O G I 9 5 1 1 3 0 M Q R L N M 0 9	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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Dia		Año	Mes	Dia
2	De	2021		09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [v]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q56

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

SOFIA SANTOS CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
S A C S 6 3 0 9 1 8 M Y N N N F 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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	0	3	a	2	0	2	1	0	9	0	3

Área temática del curso [iv]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

SOFIA SANTOS CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
S A C S 6 3 0 9 1 8 M Y N N N F 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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	0	3	a	2	0	2	1	0	9	0	3

Área temática del curso [iv]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)*
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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	17	a	2021	09	17	

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q63

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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) [II]
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

COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [III]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [IV]

LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q60

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [V]	Representante de los trabajadores [VI]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[I] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[II] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[IV] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[V] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
IMPERIA OPALINA FLORES GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
F O G I 9 5 1 1 3 0 M Q R L N M 0 9	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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2 0 2 1	0 9	1 7	a	2 0 2 1	0 9	1 7

Área temática del curso [v]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q64

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES DE LA CDH

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021		09	17	a	2021	09	17

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL - CDH920917-Q80

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. LUIS JAVIER SIMA POOL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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)[V]
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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [V]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [V]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[IV] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
PATRICIA VAZQUEZ PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[iii]
V A P P 6 6 0 1 1 6 M M C Z R T 0 7	0

Puesto*
JEFA DE PRENSA

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	07	23	a	2021	07	23

Área temática del curso [iv]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[iv] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)*
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
DERECHOS HUMANOS Y DIVERSIDAD SEXUAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	7	2	3	a	2	0	2	1	0	7	2	3

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCÍA SALAZAR	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	0	3	a	2	0	2	1	0	9	0	3

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MATILDE HERNANDEZ PALACIOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
H E P M 6 0 0 3 1 4 M Y Z R L T 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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [iv]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[v] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MATILDE HERNANDEZ PALACIOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
H E P M 6 0 0 3 1 4 M V Z R L T 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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [iv]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[a]
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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [a]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [b]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [d]	Representante de los trabajadores [e]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[a] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[a]Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[b] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[d] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[e] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DAY AGUIRRE PALMA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) *
A U P D 5 7 0 9 2 9 H V Z G L Y 0 6	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. (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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año		Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2 0 2 1		0 9		0 3		a	2 0 2 1				0 9		0 3	

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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)[y]
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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [z]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [y]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [x]	Representante de los trabajadores [x]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[z] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[y] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[x] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[x] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
EVANGELINA LORIA PACHECO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) *
L O P E 6 4 1 2 1 7 M Y N R C V 0 5	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. (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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
LAZARO PAT BURGOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
P A B L 8 9 0 8 0 6 H Y N T R Z 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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	0	3	a	2	0	2	1	0	9	0	3

Área temática del curso [2/]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2/]Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [2]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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) [y]
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

PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2		De	2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [x]

9000

Nombre del agente capacitador o STPS [y]

LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[x] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[y] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
2		De	2	0	2	1	0	9	0	3	a	2	0	2	1	0	9	0	3

Área temática del curso [2]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3

Documento en proceso de firma por el ponente

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[v]
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
PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
2	De		2021	09	03	a	2021	09	03

Área temática del curso [iv]
9000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]
LIC. FLORA RAMIREZ - CDH920917-Q58

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
LIC. FLORA RAMIREZ	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

Documento en proceso de firma por el ponente

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 especifica (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año		Mes		Día			Año			Mes		Día	
1	De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [2/]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1/] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2/] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3/] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4/] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5/] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[y]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [x]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[x] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[v] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ESTEBAN HUMBERTO GONZALEZ GOMEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
G O G E 7 0 0 1 0 8 H Y N N M S 0 1	0

Puesto*

SUBGERENTE DE PROYECTOS 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Período de ejecución:		Año		Mes		Día			Año				Mes		Día	
1	De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MANCERA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleson el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[v] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 IVAN TEJERO AGUILAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
T E A M 7 8 0 4 0 7 H Y N J G N 0 6	0

Puesto*

JEFE DE CONTROL DE BIENES

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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

NOM-017-STPS - USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)[a]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [b]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [c]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [d]	Representante de los trabajadores [e]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA LAYGUA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[a] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[b] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[c] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[d] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[e] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

URIEL ALCOCER PECH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
A O P U 7 7 0 9 1 2 H Q R L C R 0 8	0

Puesto*

SUBGERENTE DE ADQUISICIONES 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [v]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [#]	Representante de los trabajadores [$]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3]Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[@] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[#] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[$] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)[v]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día			Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021		09	22

Área temática del curso [3]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2]Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)[y]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [z]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [x]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MOTORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[y] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[z] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[x] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[v] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[u] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ESTEBAN HUMBERTO GONZALEZ GOMEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
G O G E 7 0 0 1 0 8 H Y N N M S 0 1	0

Puesto*

SUBGERENTE DE PROYECTOS 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

GLADYS DEL RUBY LOPEZ CRUZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catàlogo Nacional de Ocupaciones)[v]
L O C G 6 3 1 1 1 5 M Y N P R L 0 0	0

Puesto*

SUBGERENTA CONTABLE

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razòn social (En caso de persona fisica, 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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1	De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MESQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[ii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[v] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 IVAN TEJERO AGUILAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
T E A M 7 8 0 4 0 7 H Y N J G N 0 6	0

Puesto*

JEFE DE CONTROL DE BIENES

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MANZORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[ii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

KEILA CHRISTEL DZUL KU

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
D U K K 8 9 0 9 2 8 M Q R Z X L 0 7	0

Puesto*

JEFA DE APOYO NORMATIVO Y DE ARCHIVO

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MAYORA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MANDRA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MANCERA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año		Mes		Día			Año				Mes		Día	
1	De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	HIRAM ENRIQUE TOLEDO ELIAS	JESUS RAUL MEZQUITA MADERA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [y]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [y]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[y] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[y] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

GREGORIO ROSALES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
R O X G 6 7 0 5 0 9 H V Z S X R 0 5	0

Puesto*

COORDINADOR 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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año		Mes		Día			Año			Mes		Día	
1	De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

LUIS JACOBO CHAN RODRIGUEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
C A R L 7 9 0 3 0 5 H Q R H D 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

WILBER ARMANDO CANUL BURGOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
C A B W 7 3 0 5 2 5 H Q R N R L 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Inspector o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[3]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

GREGORIO ROSALES

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
R O X G 6 7 0 5 0 9 H V Z S X R 0 5	0

Puesto*

COORDINADOR 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [ii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasareas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

WILBER ARMANDO CANUL BURGOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
C A B W 7 3 0 5 2 5 H Q R N R L 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleson el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [ii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iii]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE HADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iii] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 JACOBO CHAN RODRIGUEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
C A R L 7 9 0 3 0 5 H Q R H D 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DANIEL ENRIQUE BORGA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
B O X D 8 1 0 4 0 1 H Q R R X N 0 2	0

Puesto*

JEFE 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [3]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3]Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[4] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 ALBERTO LOPEZ MONTALVO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
L O M C 9 4 0 6 0 9 H V Z P N R 0 8	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 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [ii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
JOSUE DAVID TUZ CANTO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
T U C J 7 9 0 7 0 5 H Q R Z N S 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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vii]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iv] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[v] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ELIAS VENANCIO VELA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
V E V E 8 9 0 9 2 7 H Q R N L L 0 8	0

Puesto*

TECNICO DE SERVICIOS GENERALES

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona fisica, 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	ROMAN URIEL VERDUGO ZAYAS	JOSE ENRIQUE MADARIAGA MENDEZ
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleson el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 DELGADO GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
D E G A 8 8 0 3 0 1 H Q R L N N 0 5	0

Puesto*

JEFE DE ALMACEN 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:																
1	De	Año 2 0 2 1	Mes 0 9	Día 2 2	a	Año 2 0 2 1	Mes 0 9	Día 2 2

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4 Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5 Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)*
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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:																
1	De	Año 2021	Mes 09	Día 22	a	Año 2021	Mes 09	Día 22

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 ELENA RIOS FERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
R I F R 6 1 0 1 2 3 M Q R S R S 0 8	0

Puesto*

COORDINADORA GENERAL DE 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:																	
1	De	Año 2021	Mes 09	Día 22	a	Año 2021	Mes 09	Día 22

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

** Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

*** Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

FABIOLA VICENCIO JIMENEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
V I J F 7 1 1 0 1 8 M V Z C M B 0 7	0

Puesto*

COORDINADORA GENERAL DE OPERACIONES 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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 ADRIAN LIRA AGUILAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
L I A J 8 5 0 8 1 2 H Y N R G S 0 8	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. (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso *

5000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor titular	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CASTROS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 OSORIO SANCHEZ

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
O O S G 6 5 0 8 1 5 H Q R S N R 0 5	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. (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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2 0 2 1	0 9	2 2	a	2 0 2 1	0 9	2 2

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 DELGADO GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
D E G A 8 8 0 3 0 1 H Q R L N N 0 5	0

Puesto*
JEFE DE ALMACEN 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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o Tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[1] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato 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 GILBERTO NAH NOH

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
N A N C 7 5 1 0 1 0 H Y N H H 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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

° Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

° Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

° Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

CLARA ACOSTA LOEZA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
A O L C 6 4 0 1 2 3 M Y N C Z L 0 9	0

Puesto[2]

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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [3]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [4]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [5]	Representante de los trabajadores [6]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

[6] Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ROSA ELENA RIOS FERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
R I F R 6 1 0 1 2 3 M Q R S R S 0 8	0

Puesto*

COORDINADORA GENERAL DE 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMEROS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DANIEL VERGARA JUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
V E J D 7 4 0 9 2 1 H V Z R R N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

† Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

** Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 BERTHA CHEVEZ JUAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
C E J A 7 8 1 0 1 3 M O C H N N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 DANIEL CASTILLA SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
C A S D 6 7 0 1 2 5 H O C S N N 0 5	0

Puesto*

OFICIAL 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal*	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

§Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleseen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

§ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

§ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ZARINA ALEJANDRA TUZ CHUC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
T U C Z 8 1 0 3 2 7 M Y N Z H R 0 9	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso ²

6000

Nombre del agente capacitador o STPS ³

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal.*	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

² Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

³Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 ADRIAN LIRA AGUILAR

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
L I A J 8 5 0 8 1 2 H Y N R G S 0 8	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

** Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

*** Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

GERARDO OSORIO SANCHEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
O O S G 6 5 0 8 1 5 H Q R S N R 0 5	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DANIEL VERGARA JUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
V E J D 7 4 0 9 2 1 H V Z R R N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal**	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

** Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JOSE DANIEL CASTILLA SANCHEZ

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
C A S D 6 7 0 1 2 5 H O C S N N 0 5	0

Puesto*

OFICIAL 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

‡ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 BERTHA CHEVEZ JUAN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
C E J A 7 8 1 0 1 3 M O C H N N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4 Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5 Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)*
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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal*	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[5] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[6] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[8] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato 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 GUADALUPE CONTRERAS FERNANDEZ

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
C O F G 5 5 1 2 1 0 M Y N N R D 0 5	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o Asesor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

RENATO TREJO GARRIDO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
T E G R 5 5 1 0 1 5 H Q R R 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

° Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

° Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
JOSE MANUEL DE ATOCHA SOSA CELIS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
S O C M 6 0 0 7 0 9 H Y N S L N 0 2	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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

: Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encontrarán disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ZARINA ALEJANDRA TUZ CHUC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[2]
T U C Z 8 1 0 3 2 7 M Y N Z H R 0 9	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DAMARIS CRIZOL AVILA PEREZ

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
A I P D 8 7 0 2 2 0 M Y N V R M 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

2 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

° Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

° Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

° Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

DANIEL VERGARA JUAREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
V E J D 7 4 0 9 2 1 H V Z R R N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2 Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarán el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
FRANCISCO RAMON MENDEZ CUPUL

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
M E C F 6 9 0 9 1 6 H Y N N P R 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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso ‡
6000

Nombre del agente capacitador o STPS ◊
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal ▪	Representante de los trabajadores ▪
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
◊ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
▪ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
▪ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
DAMARIS CRIZOL AVILA PEREZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
A I P D 8 7 0 2 2 0 M Y N V R M 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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *
6000

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CALLOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

° Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

° Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 TRUJILLO REJON

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
T U R M 6 8 0 4 2 2 H Y N R J N 1 9	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1 Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

1 Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

1 Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarla el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

1 Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JORDY JAVIER FERNANDEZ MONTERO

Clave Unica de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
F E M J 9 8 0 8 2 5 H Q R R N R 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso *

6000

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

‡ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

*Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JORDY JAVIER FERNANDEZ MONTERO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[2]
F E M J 9 8 0 8 2 5 H Q R R N R 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [3]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [4]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [5]	Representante de los trabajadores [6]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	CESAR IVAN CAMPOS CANUL	LUIS ALBERTO AZUETA GIL
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[4] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[5] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[6] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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) [iii]
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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Período de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P. T. MARCELA AZALEA GRAJALES AKCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COMBT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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*

SUBGERENTE 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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CORT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[ii]
A U H S 7 2 0 8 2 0 M V Z G R N 1 5	0

Puesto*

SUBGERENTE 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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día			Año	Mes	Día
1		De	2021	09	22	a		2021	09	22

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CORT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[ii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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. (Marina Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

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

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTÍN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 JOAQUIN CANCHE CHAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
C A C R 8 5 0 1 0 5 H Y N N H Y 0 2	0

Puesto*

COORDINADOR GENERAL 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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CORT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	R.T. MARCELA AZALEA GRANADOS ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CORTÉS
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[II]
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. (Marina Cozumel)

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

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

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [II]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [III]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [IV]	Representante de los trabajadores [V]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[I] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[II] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[IV] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[V] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

FELIX BENJAMIN BARBOSA CANCHE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
B A C F 7 3 1 2 0 4 H Y N R N L 0 4	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZUCENA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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) [v]
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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [v]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[iii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[ii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iii] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CONRT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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 fisica, 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [ii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [v]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CHUIRT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JORGE ARTURO MARTIN GONZALEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[iv]
M A G J 6 8 0 5 1 0 H Q R R N R 0 1	0

Puesto*

ADMINISTRADOR GENERAL DE 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA ABALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iv] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[b] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vii]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRANALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA CORT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2/]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

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

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[II]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [II]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [III]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [IV]	Representante de los trabajadores [V]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T. MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[II] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[IV] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[V] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[2]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T MARCELA AZALEA GRAJALES ALCANTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[2] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[#] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso [ii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T MARCELA AZALEA CRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarán el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [v]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[vi] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	P.T MARCELA AZALEA GRAJALES ALCÁNTARA	C.P. MARCO ANTONIO VILLANUEVA COURT
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catàlogo 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

QUINTANA ROO

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)[v]
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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [v]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

JAIME FERNANDO SANSORES MAY

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [I]
S A M J 7 4 0 3 2 4 H Q R N Y M 0 8	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [II]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [III]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o Autor	Patrón o representante legal [IV]	Representante de los trabajadores [V]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[I] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[II] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[IV] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[V] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [v]
M A G R 7 3 0 9 0 3 H Q R G R B 0 7	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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[ii] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ANGEL EMILIANO AGUILAR EROSA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [3]
A U E A 0 3 0 1 3 1 H Q R G R N A 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

TILA ALVAREZ GORDILLO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
A A G T 8 2 0 6 1 0 M C S L R L 1 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
M A C I 7 9 0 4 0 6 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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [3]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[3] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

YOLANDA TIQUET GARCIA

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

NOM-017-STPS,- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ANAYELI ALCUDIA HERNANDEZ

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
A U H A 6 9 0 3 1 0 M T C L R N 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO 2016 - 2022

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
MARGELY DEL ROSARIO HU PUC

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
H U P M 7 4 0 1 1 5 M Y N X C R 0 4	0

Puesto*
ASISTENTE EJECUTIVA

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1		De	2 0 2 1	0 9	2 3	a	2 0 2 1	0 9	2 3

Área temática del curso [v]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [vi]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iii]	Representante de los trabajadores [iv]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[vi] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iii] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[iv] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
JOSE MIGUEL LUGO BARRERA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
L U B M 7 7 0 9 0 1 H Y N G R G 0 3	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. (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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [ii]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iii]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [iv]	Representante de los trabajadores [v]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[i] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[ii] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[iv] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

FORMATO DC-3

CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

MATILDE HERNANDEZ PALACIOS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[iii]
H E P M 6 0 0 3 1 4 M V Z R L T 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. (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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [iv]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [v]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[iv] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponibleses el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[v] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[v] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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
NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	23	a	2021	09	23

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[v]
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

NOM-017-STPS.- USO Y MANEJO DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	3	a	2	0	2	1	0	9	2	3

Área temática del curso [iii]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [iv]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [vi]	Representante de los trabajadores [vi]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	LIC. JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[v] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iii] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[iv] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[vi] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[vi] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [4][5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 especifica (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato 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 LUIS MARRUFO RIVERO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1]
M A R L 6 4 0 6 1 0 H Q R R V S 0 1	0

Puesto*

SUBGERENTE DE OPERACIONES DE PUNTA SAM

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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 especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[v]
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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De		2021	09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o Juror	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MAS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
JOSE MIGUEL LUGO BARRERA

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[V]
L U B M 7 7 0 9 0 1 H Y N G R G 0 3	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. (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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [II]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [III]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [IV]	Representante de los trabajadores [V]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[I] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[II] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[III] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[IV] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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)[v]
M A G R 7 3 0 9 0 3 H Q R G R B 0 7	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. (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
NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
1	De	2021		09	22	a	2021	09	22

Área temática del curso [2]
6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

APIQROO

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

QUINTANA ROO

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

NOM-019-STPS.- INTEGRACIÓN, CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
1		De	2	0	2	1	0	9	2	2	a	2	0	2	1	0	9	2	2

Área temática del curso [2]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3]

ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL - PERSONAL STPS

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

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. AGUSTIN GOMEZ CANUL	JACINTO JESUS RIOS NAJERA	MARTIN MARTINEZ SILVA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el 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
11/10/2021

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	1.000	1.000	4.000	0.000	0.000	0.000	16.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
11/10/2021

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	16.000

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 EQUIPOS DE COMPUTO COMO LA INSTALACIÓN DE CÁMARAS.

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

QUINTANA ROO
GOBIERNO DEL ESTADO
2016 • 2022

Mantenimiento CCTV

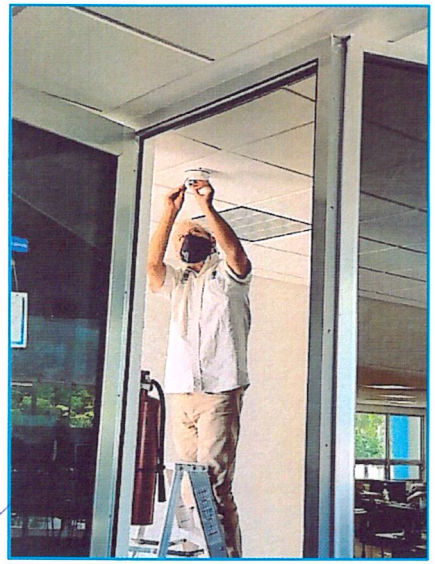
JUL – SEP 2021

TRANSBORDADORES

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S. A. DE C. V.

Revisión y Limpieza de Cámaras Oficinas Administrativas



MTI. LEVI ESCOFFIE MOGUEL
Gerente de Informática

QUINTANA ROO 2016 • 2022 — MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES — APIQROO

07 OCT 2021

RECIBIDO
GERENCIA 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

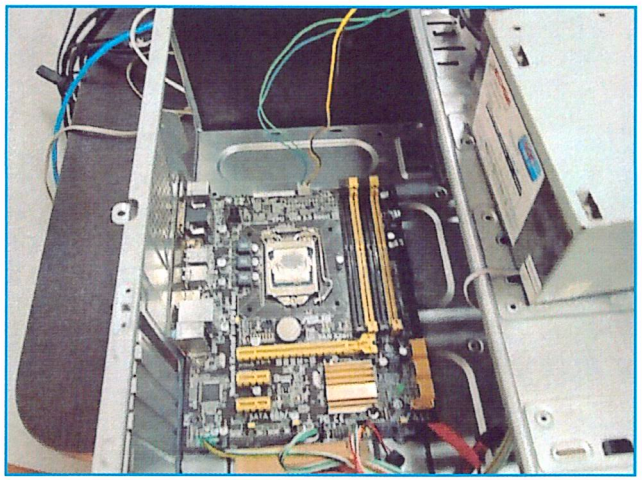
JUL- SEP 2021

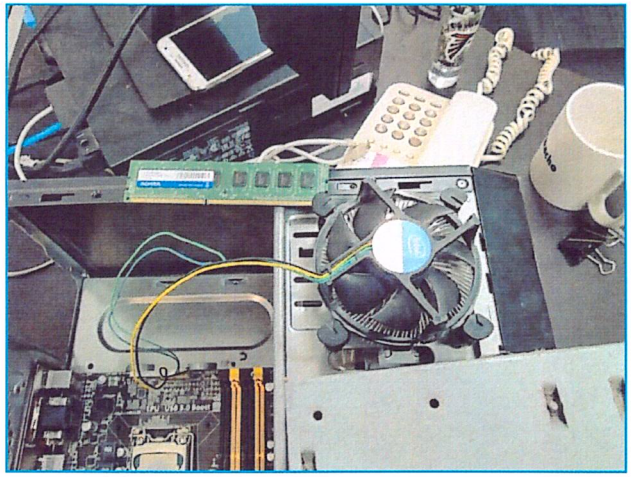
MARINA BANCO PLAYA

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO
ADMINISTRACIÓN PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO, S. A. DE C. V.

Mantenimiento preventivo y limpieza CPU





MTI. LEVI ESCOFFIE MOGUEL
Gerente de Informática

07 OCT 2021
RECIBIDO
GERENCIA 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

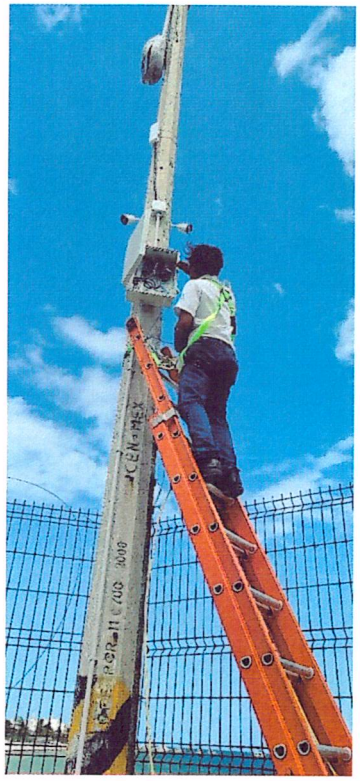
Mantenimiento CCTV

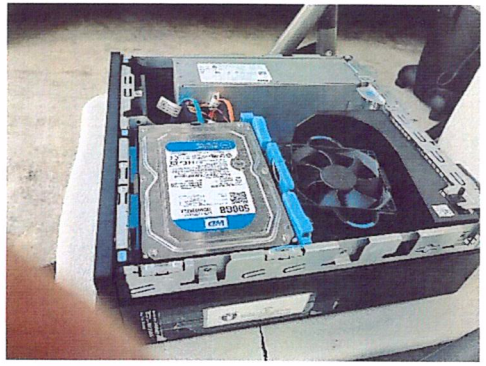
Abr – Jun 2021

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 los equipos del recinto de Punta Sam.
Se realizo chequeo de las cámaras de la aduana en el recinto de Puerto Morelos.





MTI. LEVI ESCOFFIE MOGUEL
Gerente de Informática

QUINTANA ROO 2016 - 2022 | MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES | APIQROO

07 OCT 2021

RECIBIDO

GERENCIA 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

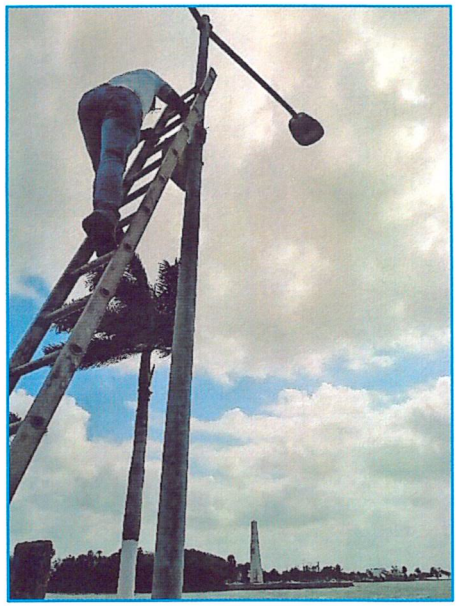
Mantenimiento CCTV

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

APIQROO
ADMINISTRACION 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



MTI. LEVI ESCOFFIE MOGUEL
Gerente de Informática

07 OCT 2021
RECIBIDO
GERENCIA 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
11/10/2021

INSTITUCIÓN: 2121401501 - Administración Portuaria Integral

PROGRAMA PRESUPUESTARIO: M001 - 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	6.000	0.000	0.000	7.000	0.000	0.000	6.000	0.000	0.000	9.000	28.000
DENOMINADOR	1.000	1.000	6.000	1.000	1.000	7.000	1.000	1.000	6.000	1.000	1.000	9.000	28.000

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	5.000	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
11/10/2021

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	6.000	1.000	1.000	9.000	12.000

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 3ER TRIMESTRE, DE LOS CUALES 5 INDICADORES LOGRARON LA META EN SEMAFORO VERDE Y UNO DE ELLOS DERIVADO DE LA SUSPENCIÓN DE ARRIBO DE CRUCEROS 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

AREAS SUSTANTIVAS CON SEMAFORO VERDE

Seguimiento a Metas de Indicadores

Programa Presupuestario:	E076 - Fortalecimiento del Sector Portuario
Trimestre	3er. Trimestre

Acciones

Procesar

Indicadores y Metas

Acción	Estatus de Captura	Semáforo	Relación del Indicador	Resumen Narrativo	Indicador	Unidad Responsable del Indicador	Tipo de Meta	Tipo de Método	Comportamiento del Indicador	Valor de Línea Base	Valor de Meta
		NA	Con FIN	F - Contribuir al desarrollo económico del Estado de Quintana Roo, mediante la modernización de la [VER MÁS]	PED3013 - Porcentaje de Visitantes Recibidos	4501-1101 - Despacho de la Dirección General de la Administración Portuaria Integral de Quintana Roo	ACUMULATIVA	PORCENTAJE	ASCENDENTE	0.000	100.000
		NA	Con PROPÓSITO	F.P - Los puertos de Quintana Roo cuentan con infraestructura moderna , segura y competitiva, a tra [VER MÁS]	15O3I01 - Índice de inversión anual de la infraestructura portuaria	4501-1101 - Despacho de la Dirección General de la Administración Portuaria Integral de Quintana Roo	ACUMULATIVA	PORCENTAJE	ASCENDENTE	0.000	0.140
			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	ACUMULATIVA	PORCENTAJE	ASCENDENTE	0.000	100.000
			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	ACUMULATIVA	PORCENTAJE	ASCENDENTE	0.000	100.000
		NA	Con ACTIVIDAD	F.P.C01.A02 - Construcción, Modernización y/o Mantenimiento Mayor de infraestructura para embarcaci [VER MÁS]	APIQROOC01A02 - Porcentaje de avance total ejecutadas para fortalecer la infraestructura de embarc [VER MÁS]	4501-1404 - Gerencia de Ingeniería	ACUMULATIVA	PORCENTAJE	ASCENDENTE	0.000	100.000
		NA	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	ACUMULATIVA	PORCENTAJE	ASCENDENTE	0.000	100.000
			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	ACUMULATIVA	PORCENTAJE	ASCENDENTE	0.000	100.000
			Con COMPONENTE	F.P.C02 - Protocolo en el sistema de seguridad y protección, implementado.	APIQROOC02 - Porcentaje de personal capacitado	4501-1406 - Gerencia de Administración y Finanzas	ACUMULATIVA	PORCENTAJE	ASCENDENTE	0.000	200.000
			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	ACUMULATIVA	PORCENTAJE	ASCENDENTE	0.000	100.000
			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	ACUMULATIVA	PORCENTAJE	ASCENDENTE	0.000	100.000

Total de Registros: 10

SE PROGRAMARON 6 INDICADORES EN ESTE 3ER 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
COORDINACIÓN DE PRESUPUESTO

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
11/10/2021

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 Autorizado de la APIQROO destinado a áreas de apoyo (o staff)	**Unidad de Medida del Numerador**	615 - Presupuesto Ejercido ()
DENOMINADOR	Total de Presupuesto Autorizado 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	29.534	ACUMULATIVA	DESCENDENTE	PORCENTAJE	25.104	33.964	33.965	36.918	25.104	36.918

Variable	Calendario Programado												
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Total**
NUMERADOR	0.000	0.000	9,753,244.000	0.000	0.000	11,135,530.000	0.000	0.000	9,886,944.000	0.000	0.000	12,086,730.000	42,862,448.000
DENOMINADOR	1.000	1.000	30,510,172.000	1.000	1.000	41,162,654.000	1.000	1.000	33,555,891.000	1.000	1.000	39,899,387.000	145,128,104.000

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	4,068,241.000	4,319,134.000	5,882,155.000	3,870,507.000	4,171,998.000	4,846,213.000	0.000	0.000	0.000	41,453,737.000

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

FORMATO EVALUATORIO PROGRAMÁTICO DEL SIPPRES FESIPPRES-01

INDICADORES

TRIMESTRE			
1	2	3	4

FECHA
11/10/2021

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	150,894,812.650

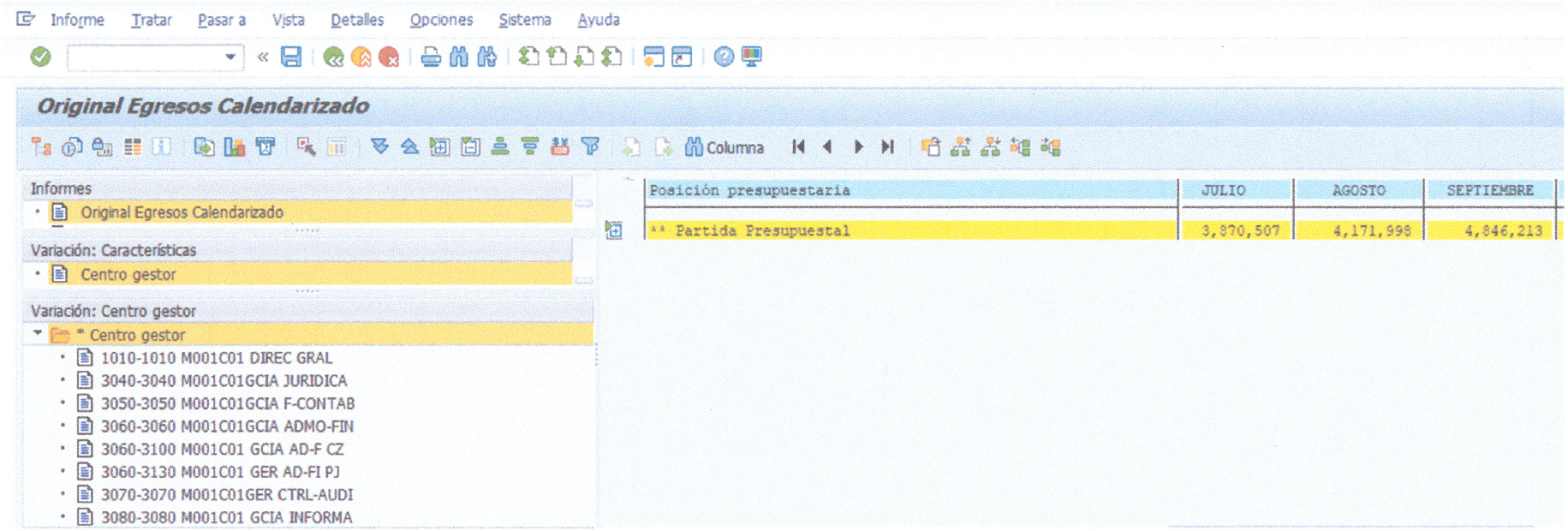
AVANCES PROGRAMÁTICOS								VARIACIÓN	
Trimestral			Acumulado					Trimestral	
Programado	Ejecutado	Nivel de Cumplimiento	Programado		Ejecutado		Nivel de Cumplimiento	Numerador	Denominador
abs	abs	%	abs	%	abs	%	%	%	%
29.464	26.246	89.079	29.247	99.026	27.472	93.017	93.932	30.361	46.342

RESULTADOS		
Meta Anual Equivalente	Color del Semáforo	Observaciones
26.309	VERDE	EN VIRTUD DE QUE CONTINUA LA CONTINGENCIA SANITARIA COVID-19 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 AL IGUAL SE OPTIMIZARON EN SERVICIOS BASICOS.

Elaboró **Revisó** **Autorizó**

ADMINISTRACION PORTUARIA INTEGRAL DE QUINTANA ROO SA DE CV

PRESUPUESTO AREAS DE STAFF



EN VIRTUD DE QUE CONTINUA LA CONTINGENCIA SANITARIA COVID-19 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 AL IGUAL SE OPTIMIZARON EN SERVICIOS BASICOS.

YOUALI ALEJANDRO EK POLANCO
COORDINACION DE PRESUPUESTO