TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFICA

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WWW.TE
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL: INFO

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENTO

A: **ANGEL DEL CARMEN GONZALEZ ALE**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

MANEJO A LA DEFENSIVA

IMPARTIDO EL DIA 14 DE AGOSTO DE 2021 , LA CD DE COMALCALCO , TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL: 9331361792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO TABASCO

TEAM SAFEMEX
TRAINING & CERTIFICATION

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO.DE CURSO:
TSMX140821MD-01

TEAM SAFEMEX
TRAINING & CERTIFICATION

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
GONZALEZ ALEJANDRO ANGEL DEL CARMEN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
G O A A 9 1 0 7 1 3 H T C N L N 0 8	06.2 AUTOTRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR TRANSPORTE LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
| | | | | - | | | | | | - | | | |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
MANEJO A LA DEFENSIVA

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
08 HORAS	De	2	0	2	1	0	8	1	4	a	2	0	2	1	0	8	1	4

Área temática del curso 2/
6000

Nombre del agente capacitador o STPS
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG.T.P.S :GOAL820421FX0-0005

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

Instructor/tutor	Patrón o representante legal 4/	Representante de los trabajadores 5/
ING-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

ING-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. T.P.S. CEDULA: 8026946
CEL: 933 136 1792
CORREO:info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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 firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFICA

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WWW.TE
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL: INFO

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENTO

A: **ANGEL DEL CARMEN GONZALEZ ALE**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

PRIMEROS AUXILIOS

IMPARTIDO EL DIA 13 DE AGOSTO DE 2021 , EN LA CD. DE COMALCALCO , TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING-TUM: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL.: 9331361792
COMALCALCO, TABASCO

TEAM SAFEMEX
TRAINING & CERTIFICATION

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO DE CURSO:
TSMX130821PA-01

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
GONZALEZ ALEJANDRO ANGEL DEL CARMEN

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
G O A A 9 1 0 7 1 3 H T C N L N 0 8	06.2 AUTOTRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR TRANSPORTE LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
____ - _____ - ___

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
PRIMEROS AUXILIOS

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

Área temática del curso 2/
6000

Nombre del agente capacitador o STPS 3/
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S :GOAL820421FX0-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL: 937 136 1792
CORREO: infoteamsafemex.com
COATZACOALCOS, TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFIC

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WW
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL:

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENT

A: **CARLOS ALBERTO HERNANDEZ D**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

MANEJO A LA DEFENSIVA

IMPARTIDO EL DIA 14 DE MAYO DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO , TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S.: GOAL820421FX0-0005
CEDULA: 8026946
CEL: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO, TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO.DE CURSO:
TSMX140521MD-08

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
HERNANDEZ DOMINGUEZ CARLOS ALBERTO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
H E D C 9 0 1 2 0 7 H T C R M R 0 5	06 TRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR VEHICULO LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
MANEJO A LA DEFENSIVA

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
08 HORAS	De		2021	05	14	a	2021	05	14

Área temática del curso 2/
6000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. STPS :GOAL820421FX0-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUM:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO CEDULA: 8026346 REGS T.P.S. GOAL820421FX0-0005 CEL: 9 136 1792 CORREO:info@teamsafemex.com COMALCALCO.TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFIC

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WW
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL:

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIM

A: **CARLOS ALBERTO HERNANDEZ D**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

PRIMEROS AUXILIOS

IMPARTIDO EL DIA 09 DE MAYO DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO , TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING.TUM: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL.: 933 136 1792
info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO DE CURSO:
TSMX090521PA-04

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
HERNANDEZ DOMINGUEZ CARLOS ALBERTO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
H E D C 9 0 1 2 0 7 H T C R M R 0 5	06 TRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR VEHICULO LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
08 HORAS	De		2021	05	09	a	2021	05	09

Área temática del curso 2/
6000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

ING. TUMB. LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
REG. S.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL: 933 116 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO, TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX TRAINING AND CERTIFIC

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WW
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL:

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENT

A: CARLOS DAVID II ALAMILLA

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

MANEJO A LA DEFENSIVA

IMPARTIDO EL DIA 14 DE MAYO DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO , TABASCO.
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS.

ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEDULA: 8026946
CEL.: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO.DE CURSO:
TSMX140521MD-01

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
ALAMILLA RIVERA CARLOS DAVID II

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
A A R C 7 6 1 2 3 0 H T C L V R 0 7	06 TRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR VEHICULO LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
_ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ - _ _ _

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
MANEJO A LA DEFENSIVA

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
08 HORAS	De	2021	05	14	a	2021	05	14

Área temática del curso 2/
6000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS:
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S: GOAL820421FX0-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

ING-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
REG. S.T.P.S: GOAL820421FX0-0005
CEL.: 933 136 1792
CORREO:info@teamsafemex.com
COMALCALCO TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFI

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WW
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCI

A: **CARLOS DAVID II ALAMILL**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

PRIMEROS AUXILIOS

IMPARTIDO EL DIA 09 DE MAYO DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING-TUM: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG S.T.P.S. CURP: GOAL820421FX0-0005
CEDULA: 8026946
CEL: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO DE CURSO:
TSMX090521PA-01

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

ALAMILLA RIVERA CARLOS DAVID II

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
A A R C 7 6 1 2 3 0 H T C L V R 0 7	06 TRANSPORTE

Puesto*

OPERADOR VEHICULO LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

				-						-			

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
08 HORAS		De	2	0	2	1	0	5	0	9	a	2	0	2	1	0	5	0	9

Área temática del curso 2/

6000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. STPS GOAL820421FX0-0005

ING-TUMB LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL.: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO, TABASCO

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFI

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WW
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENT

A: **FRANCISCO JAVIER GOMEZ S**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

MANEJO A LA DEFENSIVA

IMPARTIDO EL DIA 14 DE MAYO DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO , TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING. TUM: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO TABASCO

NUMERO.DE CURSO:
TSMX140521MD-07

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
GOMEZ SANCHEZ FRANCISCO JAVIER

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
G O S F 7 6 0 7 2 8 H T C M N R 0 9	06 TRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR VEHICULO LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
MANEJO A LA DEFENSIVA

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
08 HORAS	De		2021	05	14	a	2021	05	14

Área temática del curso 2/
6000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S.:GOAL820421FX0-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCTOR:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
REG.S.T.P.S: GOAL820421FX0-0005
CEL: 922 136 1792
CORREO:info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO.

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFIC

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WW
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL:

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIM

A: **FRANCISCO JAVIER GOMEZ S**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

PRIMEROS AUXILIOS

IMPARTIDO EL DIA 09 DE MAYO DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO, TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING-TUM: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CED. PROF. 8026946
TEL.: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO, TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO DE CURSO:
TSMX090521PA-07

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

GOMEZ SANCHEZ FRANCISCO JAVIER

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
G O S F 7 6 0 7 2 8 H T C M N R 0 9	06 TRANSPORTE

Puesto*

OPERADOR VEHICULO LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
08 HORAS	De		2021	05	09	a	2021	05	09

Área temática del curso 2/

6000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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 TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCTOR:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL: 933 136 1792
CORREO:info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFICA

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WWW.TEA
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL: INFO

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENTO

A: **JULIO CESAR TORRES RA**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

MANEJO A LA DEFENSIVA

IMPARTIDO EL DIA 07 DE JUNIO DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO , TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 1 AÑOS

ING-TUM: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEDULA: 8026946
CEL: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO, TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO.DE CURSO:
TSMX070621MD-02

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
TORRES RAMON JULIO CESAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
T O R J 6 5 0 8 1 5 H C S R M L 0 5	06.2 AUTOTRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR DE TRANSPORTE LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
| | | | | - | | | | | | - | | | |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
MANEJO A LA DEFENSIVA

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
08 HORAS	De		2021	06	07	a	2021	06	07

Área temática del curso 2/
6000

Nombre del agente capacitador externo STPS 3/
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S :GOAL820421FX0-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

ING-TUMB LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
REG S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL: 933 136 1792
CORREO:info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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 firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFICA

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WWW.TEA
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL: INFO@

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENTO

A: **JULIO CESAR TORRES RA**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

PRIMEROS AUXILIOS

IMPARTIDO EL DIA 05 DE JUNIO DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO , TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING-TUMB: LUIS ARTURO G... ANGULO
CEDULA: 8026946
S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL.: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO DE CURSO:
TSMX050621PA-02

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
TORRES RAMON JULIO CESAR

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
T O R J 6 5 0 8 1 5 H C S R M L 0 5	06.2 AUTOTRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR DE TRANSPORTE LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
- -

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
08 HORAS	De	2021		06	05	a	2021	06	05

Área temática del curso 2/
66000

Nombre del agente capacitador o STPS 3/
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S :GOAL820421FX0-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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.TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

ING.TUMB.LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
REG. S.T.P.S: GOAL820421FX0-0005
CEL: 993 136 1792
CORREO:info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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 firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFICATION

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WWW.TEAMSAFEMEX..COM
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL: INFO@TEAMSAFEMEX.COM

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENTO

A: **LUIS ENRIQUE LAZARO ALEJANDRO**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

PRIMEROS AUXILIOS

IMPARTIDO EL DIA 03 DE JULIO DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO , TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING-TUM: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL: 933 136 1792
CORREO:info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO DE CURSO:
TSMX030721PA-04

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

LAZARO ALEJANDRO LUIS ENRIQUE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
L A A L 8 9 0 5 0 1 H T C Z L S 0 5	06.2 AUTOTRANSPORTE

Puesto*

OPERADOR TRANSPORTE LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

PRIMEROS AUXILIOS

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

Área temática del curso 2/

6000

Nombre del agente capacitador o STPS

LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REGIS T.P.S :GOAL820421FX0-0005

ING-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
R.E.G. S.T.P.S: GOAL820421FX0-0005
TEL: 933 136 1792
CORREO:info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

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

Instructor-tutor	Patrón o representante legal 4/	Representante de los trabajadores 5/
ING-TUMB:LUIS ARTURO GONZALES ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFICATION

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WWW.TEAMSAFEMEX..COM
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL: INFO@TEAMSAFEMEX.COM

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENTO

A: **LUIS ENRIQUE LAZARO ALEJANDRO**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

MANEJO A LA DEFENSIVA

IMPARTIDO EL DIA 02 DE JULIO DE 2021 , LA CD DE COMALCALCO, TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

INSTRUCTOR: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL: 933 136 1792
CORREO:info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO.DE CURSO:
TSMX020721MD-04

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
LAZARO ALEJANDRO LUIS ENRIQUE

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
L A A L 8 9 0 5 0 1 H T C Z L S 0 5	06.2 AUTOTRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR TRANSPORTE LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
| | | | | - | | | | | | - | | | |

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
MANEJO A LA DEFENSIVA

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

Área temática del curso 2/
6000

Nombre del agente capacitador o STPS
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S :GOAL820421FX0-0005

ING-TUM: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S: GOAL820421FX0-0005
CEDULA: 8026946
CEL: 933 136 1792
CORREO:info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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 firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

HERNANDEZ ALEJANDRO SEBASTIAN JESUS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
H E A S 0 0 0 2 1 6 H T C R L B A 0	06.2 AUTOTRANSPORTE

Puesto*

OPERADOR TRANSPORTE LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

				-						-				

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

PRIMEROS AUXILIOS

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

Área temática del curso 2/

6000

Nombre del agente capacitador o STPS 3/

LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S :GOAL820421FX0-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEL 933 106 1792
CORREO info@teamsafemex.com
COMALCALCO, TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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 firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFICATION

TRAINING & CERTIFICATION

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WWW.TEAMSAFEMEX..COM
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL: INFO@TEAMSAFEMEX.COM

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENTO

A: **SEBASTIAN JESUS HERNANDEZ ALEJANDRO**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

PRIMEROS AUXILIOS

IMPARTIDO EL DIA 27 DE NOVIEMBRE DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO, TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
REG S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
TEL: 933 136 1792
info@teamsafemex.com
COMALCALCO, TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO DE CURSO:
TSMX271121PA-03

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
HERNANDEZ ALEJANDRO SEBASTIAN JESUS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
H E A S 0 0 0 2 1 6 H T C R L B A 0	06.2 AUTOTRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR TRANSPORTE LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
_ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ - _ _ _

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
MANEJO A LA DEFENSIVA

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
08 HORAS		De	2	0	2	1	1	1	2	6	a	2	0	2	1	1	1	2	6

Área temática del curso 2/
6000

Nombre del agente capacitador o STPS 3/
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S :GOAL820421FX0-0005

Los datos asentados en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

ING-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
CEDULA: 8026946
REG S.T.P.S: GOAL820421FX0-0005
CEL.: 993 136 1792
CORREO:ing-tumb@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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.

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFICATION

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WWW.TEAMSAFEMEX..COM
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL: INFO@TEAMSAFEMEX.COM

TRAINING & CERTIFICATION

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENTO

A: **SEBASTIAN JESUS HERNANDEZ ALEJANDRO**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

MANEJO A LA DEFENSIVA

IMPARTIDO EL DIA 26 DE NOVIEMBRE DE 2021 , LA CD DE COMALCALCO , TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEDULA: 8026946
CEL: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO, TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO.DE CURSO:
TSMX261121MD-02

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFIC

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WW
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL:

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIMIENT

A: **TERESITA DE JESUS CASTILLO RO**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

MANEJO A LA DEFENSIVA

IMPARTIDO EL DIA 14 DE MAYO DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO, TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

INSTRUM: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. STPS: GOAL820421FX0-0005
CEDULA: 8026946
TEL.: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO, TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO.DE CURSO:
TSMX140521MD-02

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
CASTILLO RODRIGUEZ TERESITA DE JESUS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
C A R T 8 6 1 2 2 1 M T C S D R 0 4	06 TRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR VEHICULO LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
MANEJO A LA DEFENSIVA

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
08 HORAS	De		2021	05	14	a	2021	05	14

Área temática del curso 2/
6000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS 3/
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

ING-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CEDULA: 8026946
TEL: 933 136 1792
CORREO:info@teamsafemex.com
COMALCALCO,TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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 firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

TEAM SAFEMEX

TRAINING & CERTIFICATION

TEAM SAFEMEX
TRAINING AND CERTIFIC

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO INGRESAR A WW
O COMUNICARSE A OFICINAS 9331812586 O AL CEL 9331361792 AL EMAIL:

OTORGA EL SIGUIENTE RECONOCIM

A: **TERESITA DE JESUS CASTILLO RO**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN EN EL CURSO

PRIMEROS AUXILIOS

IMPARTIDO EL DIA 09 DE MAYO DE 2021 , EN LA CD DE COMALCALCO, TABASCO, MÉXICO
CON UNA DURACION DE 8 HORAS Y VIGENCIA DE 2 AÑOS

ING-TUM: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005
CÉDULA: 8026946
CEL: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO, TABASCO

AGENTE CAPACITADOR EXTERNO
ING-TUMB: LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
REG. S.T.P.S. GOAL820421FX0-0005

NUMERO DE CURSO:
TSMX090521PA-05

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
CASTILLO RODRIGUEZ TERESITA DE JESUS

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
C A R T 8 6 1 2 2 1 M T C S D R 0 4	06 TRANSPORTE

Puesto*
OPERADOR VEHICULO LIVIANO

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
____-_____-___

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
08 HORAS	De		2021	05	09	a	2021	05	09

Área temática del curso 2/
6000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS
LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO REG. S.T.P.S :GOAL820421FX0-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad 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-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO		
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

ING-TUMB:LUIS ARTURO GONZALEZ ANGULO
R.E.S.T.P.S. CEDULA: 8026946
CEL.: 933 136 1792
CORREO: info@teamsafemex.com
COMALCALCO, TABASCO

INSTRUCCIONES

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

1/ Las áreas y subáreas 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.

DETERMINACION DE LA PRIMA EN EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO
DERIVADA DE LA REVISION ANUAL DE LA SINIESTRALIDAD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 15, FRACCIÓN IV, 71, 72 Y 74 DE LA LEY DEL SOCIAL VIGENTE Y ARTÍCULOS 1 FRACCIÓN IV, 2 FRACCION VII, 3, DEL 32 AL 39, 47 Y 196 DEL REGLAMEN LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MATERIA DE AFILIACIÓN, CLASIFICACIÓN DE EMPRESAS, RECAUD FISCALIZACIÓN, MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS ASENTADOS DOCUMENTO SON REALES RESPECTO A LA SINIESTRALIDAD OCURRIDA EN ESTA EMPRESA.

DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

REGISTRO PATRONAL - D V
M60 - 13995 - 10 6

NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL:	DOMICILIO: 2 DE ABRIL 705A	
PROVEEDORA DE BIENES Y SERVICIOS ALPE S.A. DE C.V.	MPIO./ALCALDÍA: PARAISO	
ACTIVIDAD ECONOMICA O GIRO:	CLASE DE RIESGO	FRACCION NUME
TRANSPORTE ESCOLAR Y DE PERSONAL	IV	711

DATOS BASE PARA DETERMINAR LA PRIMA

SINIESTRALIDAD LABORAL REGISTRADA EN LA EMPRESA DURANTE EL PERIODO DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE **2021**

CONCEPTOS, CIFRAS FIJAS Y VARIABLES

TOTAL DE DIAS SUBSIDIADOS A CAUSA DE INCAPACIDAD TEMPORAL	**S**	**000000**
SUMA DE PORCENTAJES DE LAS INCAPACIDADES PERMANENTES PARCIALES Y TOTALES, DIVIDIDOS ENTRE 100	**I**	**0000.00**
NUMERO DE DEFUNCIONES	**D**	**00000**
NUMERO DE TRABAJADORES PROMEDIO EXPUESTOS AL RIESGO	**N**	**00006.0**
AÑOS PROMEDIO DE VIDA ACTIVA	**V**	28
FACTOR DE PRIMA	**F**	2.3
PRIMA MINIMA DE RIESGO	**M**	0.0050
NUMERO DE DIAS NATURALES DEL AÑO		365

CLEM 22

RESULTADO DE LA DETERMINACION DE

FORMULA:

PRIMA = [(S/365) + V * (I+D)] * (F/N)

SUSTITUCION DE VALORES:

PRIMA = [(0 / 365) + 28 * (0.00 + 0)] * (

DESARROLLO:

PRIMA = [(0.00000000) + 28 * (0.00)] * (0.383

RESULTADO:

PRIMA EXPRESADA EN POR CIENTO Y PAR
COMPARACION CON LA PRIMA ANTERIOR

0.0050000000 X 100 = 0.50000

LA PRIMA EN LA QUE SE DEBERA COTIZAR, SE DETERMINO CONSIDERANDO LA SINIESTRALIDAD DE LA EMPRESA Y EN
SE REGISTRO SINIESTRALIDAD LABORAL. **NO** SE ANEXA AL PRESENTE LA "RELACION DE CASOS DE RIESGO
DEL MISMO. TAMBIEN SE CONSIDERO LA COMPARACIÓN DE LA PRIMA RESULTANTE DE LA FORMULA EXPRESADA E
VENIAN CUBRIENDO LAS CUOTAS AL MOMENTO DE LA REVISIÓN. LA PRIMA PARA LA COBERTURA DE LAS CUOTAS E
ESTARÁ VIGENTE A PARTIR DEL 1o. DE MARZO DE **2022** Y HASTA EL ULTIMO DIA DE FEBRER

ACREDITACION POR LA SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL	NOMBRE Y FIRMA DEL PAT O DE SU REPRES
SI [ ] NO [X]	CARLOS DAVID II ALAMILLA RIVERA

D.V. DIGITO VERIFICADOR

PROVEEDORA DE BIENES Y SERVICIOS
ALPE S.A. DE C.V.

PROVEEDORA DE BIENES Y SERVICIOS ALPE, S.A. DE C.V.

RFC. PBSI20717EY3
CALLE 2 DE ABRIL No. 705-A, COL. CENTRO C.P. 86600, TELS. (933) 3332387 / 3334934
PARAISO, TABASCO.

EMERGENCIAS EN RUTA

A. OBJETIVO

DAR A CONOCER LA FORMA CORRECTA DE ACTUAR ANTE UNA EMERGENCIA EN RUTA.

B. ALCANCE

ESTE PROCEDIMIENTO SE APLICARÁ AL PERSONAL RESPONSABLE DEL TRANSPORTE DE PASAJEROS.

C. PLAN DE ACCIÓN ANTE UNA EMERGENCIA EN RUTA.

EN LA REALIZACIÓN DE UN SERVICIO, EL CONDUCTOR, JUNTO CON CUMPLIR LA MISIÓN DE BRINDAR UN SERVICIO DE CALIDAD, POSEE UNA GRAN RESPONSABILIDAD, LA CUAL ES, ASEGURAR AL CLIENTE EL TRASLADO SEGURO DE PASAJEROS DESDE SU HOGAR O TRABAJO Y VICEVERSA LO QUE NO IMPLICA EL ESTAR EXPUESTO A EVENTOS DE EMERGENCIA QUE PUEDAN GENERARSE EN LA RUTA.

SE CONSIDERAN EVENTOS DE EMERGENCIA LOS SIGUIENTES:

- FALLA MECÁNICA QUE IMPIDA LLEGAR A SU DESTINO POR MEDIOS PROPIOS.
- VEHÍCULO ATRAPADO EN LA RUTA PRODUCTO DE LAS CONDICIONES IMPERANTES EN EL MOMENTO.
- ACCIDENTE EN LA RUTA DEL VEHICULO DE LA EMPRESA CON O SIN LESIONADOS.
- ACCIDENTE EN LA RUTA DE TERCEROS CON LESIONADOS.
- PRINCIPIOS DE INCENDIO DEL VEHÍCULO.
- DERRAME DE COMBUSTIBLE O LUBRICANTE.

ES POR ELLO, QUE TODO CONDUCTOR QUE SE VEA AFECTADO POR UN EVENTO DE EMERGENCIA DEBE SEGUIR EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO.

A. AL PRESENTARSE CUALQUIERA DE LOS EVENTOS ANTES DESCRITOS, EL CONDUCTOR DEBERÁ COMUNICARSE INMEDIATAMENTE CON LA BASE PARA CONTACTARSE CON EL ENCARGADO DE TRAFICO Y LOGISTICA, EL CUAL DEBERÁ ENTREGARLE LA MÁS COMPLETA INFORMACIÓN QUE LE SEA POSIBLE RESPECTO DEL EVENTO, PARA QUE ÉSTE A SU VEZ ACUDA CON TODOS LOS MEDIOS DE APOYO NECESARIOS AL LUGAR DEL SINIESTRO.

B. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN QUE EL CONDUCTOR PODRÁ UTILIZAR ANTE LA EVENTUALIDAD DE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA SON A TRAVES DE CELULARES PROPORCIONADOS POR LA EMPRESA Y/O PERSONALES (CON SEÑAL), **A LOS TELÉFONOS CORRESPONDIENTES A LA BASE DE CONTROL.**

C. UNA VEZ INFORMADA LA EMERGENCIA, EN CASO QUE LASITUACIÓN LO AMERITE, Y SIEMPRE QUE EL CONDUCTOR ESTE CAPACITADO, DEBERÁ PRESTAR LA ATENCIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS A TODO PASAJERO QUE LO NECESITE, HASTA QUE SE PRESENTEN LOS MEDIOS DE APOYO.

D. EL CONDUCTOR DEBERÁ MANTENER LA CALMA EN TODO MOMENTO E INDICAR A SUS PASAJEROS QUE PERMANEZCAN EN EL INTERIOR DEL VEHICULO, EVITANDO QUE SE REALICEN ACCIONES INDIVIDUALES DE RIESGO.

E. EN EL CASO QUE EL EVENTO DE EMERGENCIA SE TRATE ESPECÍFICAMENTE DE UNA COLISIÓN, EL CONDUCTOR DEBERÁ REALIZAR LO SIGUIENTE:

a) RECOPILAR LOS ANTECEDENTES DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE.
- PLACAS
- MARCA
- MODELO
- ASEGURADORA Y NUMERO DE POLIZA.

b) RECOPILAR LOS ANTECEDENTES DEL CONDUCTOR.
- NOMBRE COMPLETO
- LICENCIA DE CONDUCIR
- DIRECCIÓN
- TELÉFONO

c) RECUPERAR LOS ANTECEDENTES DEL LUGAR.
- DIRECCIÓN EXACTA
- HORA Y FECHA
- POSICIÓN DE LOS VEHÍCULOS (FOTOS O VIDEO)

d) DURANTE EL TRANSCURSO DE ESTAS DILIGENCIAS ANTES DESCRITAS, EL CONDUCTOR DEBERÁ DAR AVISO A LA BASE U OFICINA, DESCRIBIENDO LOS PUNTOS ANTERIORES.

e) EL CONDUCTOR DEBERÁ DEJAR CONSTANCIA O DENUNCIA ANTE AUTORIDADES DEL INCIDENTE, LUEGO HACER ENTREGA DE LA CONSTANCIA A LA BASE U OFICINA.

F. AL PRESENTARSE UNA SITUACIÓN DE PRINCIPIO DE INCENDIO DEL VEHÍCULO DE TRANSPORTE, EL CONDUCTOR DEBERÁ REALIZAR LO SIGUIENTE:

a) ESTACIONAR RÁPIDAMENTE EL VEHÍCULO A UN COSTADO DEL CAMINO.
b) APAGAR EL MOTOR DEL VEHÍCULO.
c) INDICAR A TODOS LOS PASAJEROS QUE MANTENGAN LA CALMA Y QUE HAGAN ABANDONO DEL VEHÍCULO LO MÁS ORDENADAMENTE POSIBLE.
d) TOMAR EL EXTINTOR DEL EQUIPO Y PERCUTAR HACIA LA BASE DE FUEGO.
e) POSTERIORMENTE, SE DEBERÁ GUIAR A LOS PASAJEROS A UN LUGAR SEGURO, LO MÁS ALEJADO POSIBLE DEL VEHÍCULO.
f) AVISAR INMEDIATAMENTE A LA BASE U OFICINA.

PROVEEDORA DE BIENES Y SERVICIOS ALPE, S.A. DE C.V.
RFC. PBS120717EY3
CALLE 2 DE ABRIL No. 705-A, COL. CENTRO C.P. 86600, TELS. (933) 3332387 / 3334934
PARAISO, TABASCO.

G. AL PRESENTARSE UNA EMERGECNIA ANTE UN DERRAME DE COMBUSTIBLE O LUBRICANTE, EL CONDUCTOR DEBE PROCEDER INMEDIATAMENTE A CONTENER EL DERRAME CON LOS MATERIALES DE CONTENCIÓN, ESTOS PUEDEN SER: ARENA, TIERRA, ASERRÍN Y SE ENVIARÁN A LA BASE PARA SER ELIMINADO POR TERCEROS AUTORIZADOS.

H. EL SUPERVISOR, DEBERÁ ACUDIR INMEDIATAMENTE CON UN MÓVIL DE APOYO AL LUGAR DE LA EMERGENCIA. ADICIONALMENTE, CUANDO EL EVENTO PRESENTE PERSONAS HERIDAS, EL SUPERVISOR DEBERÁ CONTACTAR INMEDIATAMENTE A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, ANTES DE ACUIDIR EN APOYO DEL VEHÍCULO AFECTADO. PARALELO A ESTO DEBERÁ INFORMAR DE INMEDIATO A LA BASE U OFICINA PARA RECIBIR INSTRUCCIONES ADICIONALES SI SE REQUIERE.

PROVEEDORA DE BIENES Y SERVICIOS
ALPE S. A. DE C. V.
CALLE 2 DE ABRIL 705-A COLONIA CENTRO
C. P. 86600, PARAISO TABASCO.
TEL: (933) 333 23 87
RFC: PBS120717EY3

Gestión de Personal

PROVEEDORA DE BIENES Y SERVICIOS
ALPE S.A. DE C.V.

- SEGURIDAD LABORAL:
- **Reglas Diurnas.-**
  - Después de 5 horas continuas de manejo se deben descansar 30 minutos
  - El turno máximo en un periodo de 24 horas será de 14 horas
  - Descanso mínimo diario entre turnos de 8 horas
  - Descanso semanal de 24 horas corridas

- **Reglas Nocturnas (de 11pm a 5 am)**
  - .- Después de 2 horas continuas de manejo se deben descansar 15 minutos
  - El turno máximo en un periodo de 24 horas será de 14 horas
  - Descanso mínimo diario entre turnos de 810 horas
  - Descanso semanal de 24 horas corridas.

Gestión de Personal

PBS
Seguro a su destino
PROVEEDORA DE BIENES Y SERVICIOS
ALPE S.A. DE C.V.

- UNIFORME:
-
- **Gafete de identificación.-** El operador deberá portar el gafete de la empresa y los indicados por el cliente

- **Camisa Manga Larga**.- Con logotipo de la empresa en el color oficial de uniforme

- **Pantalón de Mezclilla.-** De preferencia en tono oscuro o pantalón de vestir

- **Zapatos de Trabajo.-** Tipo borseguí o bostoniano, no se permiten tenis ni sandalias.

Procedimientos Operativos

PBS
Seguro a su destino
PROVEEDORA DE BIENES Y SERVICIOS
ALPE S.A. DE C.V.

- **REVISIÓN PREVIA AL ARRANQUE**
  - **DE SEGURIDAD:**
    - **FUNCIONAMIENTO DE FRENOS**
    - **FUNCIONAMIENTO DE LUCES**
    - **NIVEL ANTICONGELANTE**
    - **NIVEL DE ACEITE**
    - **FUNCIONAMIENTO DE CINTURONES DE SEGURIDAD**
    - **PRESIÓN DE LAS LLANTAS**
    - **NIVEL DE COMBUSTIBLE**
    - **GATO, LLAVE Y LLANTA DE REFACCIÓN**
    - **SEÑALES DE EMERGENCIA**

Gestión Logística

PBS
Seguro a su destino
PROVEEDORA DE BIENES Y SERVICIOS
ALPE S.A. DE C.V.

- **SEGUIMIENTO DE UNIDADES EN PLATAFORMA**
  - **UNIDADES ASIGNADAS**
    - 1.- IDENTIFICAR CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA LA UBICACIÓN DE LAS UNIDADES
    - 2.- COMPROBAR QUE LAS UNIDADES RESPETEN LAS RUTAS ESTABLECIDAS
    - 3.-VERIFICAR QUE LAS UNIDADES NO SE DETENGAN EN LOS RECORRIDOS
  - **UNIDADES EN VIAJE**
    - 1.- IDENTIFICAR LA UBICACIÓN DE LA UNIDADES EN LOS PUNTOS DE CONTROL DE RUTA
    - 2.- COMPROBAR QUE LAS UNIDADES RESPETEN RUTAS ESTABLECIDAS
    - 3.- VERIFICAR QUE LAS UNIDADES NO SE DETENGAN EN LOS RECORRIDOS DE VIAJE
  - **ELABORAR LOS REPORTES DE CONTROL NECESARIOS**