



Universidad Iberoamericana de Ciencias
y Desarrollo Humano, S.C.

Centro Universitario de Alternativas Médicas®

RFC: UIC-080526-HK7



OTORGA LA PRESENTE
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES
LABORALES

A: Paola Contreras Castañeda

CURP: COCP990906MPLNSL03

Por haber demostrado satisfactoriamente la adquisición de conocimientos,
habilidades y destrezas, durante su preparación con duración de 30 horas,
de acuerdo con el programa del:

Seminario de Gimnasia

Puebla Pue., del 3 al 5 de febrero de 2023.



Dr. David E. Hidalgo Ramirez
RECTOR

José Antonio Cárrasco
INSTRUCTOR

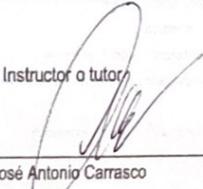
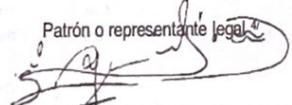
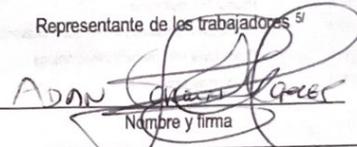
**FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES**

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
Paola Contreras Castañeda	
Clave Unica de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}
C O C P 9 9 0 9 0 6 M P L N S L 0 3	(09.1) Servicios Médicos
Puesto*	

DATOS DE LA EMPRESA	
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))	
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DE CIENCIAS Y DESARROLLO HUMANO S.C	
Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)	
U I C 0 8 0 5 2 6 H K 7	

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD																						
Nombre del Seminario																						
OZONOTERAPIA																						
Duración en Horas	Periodo de ejecución:																					
30 Horas	De																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> <th>a</th> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día	2	0	2	3	0	2	0							
Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día																
2	0	2	3	0	2	0																
Area temática del curso ^{2/}																						
DESARROLLO PERSONAL Y FAMILIAR																						
Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/}																						
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DE CIENCIAS Y DESARROLLO HUMANO S.C																						

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

 Instructivo o tutor José Antonio Carrasco	 Patrón o representante legal ^{4/} David Hidalgo Ramírez	 Representante de los trabajadores ^{5/} Adon Quiroz Nombre y firma
---	--	--

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.
- ^{1/} Las áreas y subáreas 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.