

LA SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL



Otorga la presente

CONSTANCIA

a:

WORKING AT HEIGHTS SC

Como agente capacitador externo, con el número de registro:
WAH131021CQ8-0013

para impartir los cursos de capacitación y adiestramiento señalados en su solicitud de fecha 10 de Julio de 2014, mismos que pueden consultarse en www.stps.gob.mx.

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

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

TOLUCA, MEXICO, A JUEVES, 10 DE JULIO DE 2014.

DELEGACION FEDERAL DEL TRABAJO EN ESTADO DE
MEXICO



SECRETARIA DEL TRABAJO
Y PREVISION SOCIAL

Delegación Federal del Trabajo
ESTADO DE MEXICO



FOLIO: 135/5283

R.F.C. WAH131021CQ8

ACUSE DE RECIBO

TOLUCA, MEXICO, A 10 DE JULIO DE 2014.

WORKING AT HEIGHTS SC
ALBERTO VIOLANTE PEREZ NO. 808,
MODERNA DE LA CRUZ
C.P. 50180 TOLUCA MEXICO
P R E S E N T E

Con esta fecha se recibió su solicitud de registro como agente capacitador externo para impartir cursos de capacitación y adiestramiento a los trabajadores, de conformidad con los artículos 153-A tercer párrafo y 153-G de la Ley Federal del Trabajo, y Artículos 15, 16, 17, 20, 22 y 23 del Acuerdo por el que se dan a conocer los criterios administrativos, requisitos y formatos para realizar los trámites y solicitar los servicios en materia de capacitación, adiestramiento y productividad de los trabajadores, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de junio de 2013.

Se acusa de recibo del formato DC-5, así como de la documentación anexa constante de fojas útiles, misma que se integrará al expediente respectivo.

DELEGACION FEDERAL DEL TRABAJO EN ESTADO DE MEXICO

Nota: Este acuse de recibo sólo será válido cuando esté firmado por el representante de la Dirección General de Capacitación o Delegación, Subdelegación u Oficina Federal del Trabajo y la firma del empleado de la Oficialía de Partes correspondiente.

**SECRETARIA DEL TRABAJO
Y PREVISION SOCIAL**
Delegación Federal del Trabajo
ESTADO DE MEXICO

Recibir Original con datos correctos.

[Handwritten signature]
Armando Romero Perez
10/07/14



SECRETARÍA DEL TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL

SUBSECRETARÍA DE INCLUSIÓN LABORAL
DIRECCIÓN GENERAL DE CAPACITACIÓN

AUTORIZACIÓN Y REGISTRO
MODIFICACIÓN DE CURSOS O PROGRAMAS Y/O MODIFICACIÓN DE PLANTILLA DOCENTE
Formato DC-5
SOLICITUD DE REGISTRO DE AGENTE CAPACITADOR EXTERNO

DATOS DEL SOLICITANTE

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

WORKING AT HEIGHTS SC

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

W A H - 1 3 1 0 2 1 - C Q 8

Registro patronal del I.M.S.S.¹

C 6 7 5 4 2 5 3 1 0 - 5

Clave Única de Registro de Población C.U.R.P. - En caso de persona física *

Calle

ALBERTO VIOLANTE PEREZ

No. Exterior

808

No. Interior

Colonia

MODERNA DE LA CRUZ

Código postal (5 dígitos)

5 0 1 8 0

Entidad federativa

MEXICO

Municipio o delegación política

TOLUCA

Localidad

TOLUCA

Teléfono (s)

(722) 196 38 14

Correo electrónico *

JAIME.ARELLANO@MSSFP.COM

Fax *

Tipo de solicitud que presenta (Marcar con una X)

Registro inicial



Modificación de programas o cursos



Modificación de plantilla de instructores



Registro de nuevos programas o cursos



Hoja 1 de 1

En caso de tratarse de persona física ¿Está de acuerdo en que se publiquen sus datos proporcionados en el Directorio de Agentes Capacitadores Externos? SI ☐ No ☐

PROGRAMAS O CURSOS QUE REGISTRA

Tipo de movimiento ²	Nombre del programa o curso (En caso de modificación, favor de señalar el registro a modificar y el modificado)	Temas principales del programa o curso (Anotar la denominación completa de los temas)	Duración del curso en horas
A	CURSO BASICO ALTURAS	DEFINICION, PREVION Y PROTECCION NTI-CAIDAS, NORMATIVIDAD, TRABAJO EN ALTURAS, EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL	8
A	COMPETENT PERSON TRAINING ALTURAS	PREVINCION Y PRPTECCION ANTI-CAIDAS, NECESIDADES DE PROTECCION ANTI-CAIDAS, ANALISIS DE PELIGROS, PROTECCION ANTI-CAIDAS PARA APARATOS ELEVADORES Y ESCALERAS, RESCATE, EVALUACION DE PELIGROS DE CAIDA EN UNA TAREA, NOM'S	24
A	COMPETENT PERSON SCAFFOLDONG- ANDAMIOS	ANALISIS DE PELIGROS EN ANDAMIOS, NORMATIVAS E INTERPRETACIONES, MATEMATICA APLICADA A SISTEMAS DE ANDAMIOS, TIPOS DE ANDAMIOS, SELECCIÓN, APLICACIÓN Y CUIDADO, ARMADO Y DESARMADO DE ANDAMIOS, INSPECCION, PRUEBA DE AJUSTE	24

NOTAS E INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Escribir con letra de molde, arriba de la homoclave del Registro Federal de Contribuyentes, la palabra número. Ejemplos: número, número 1, número 2, etc.
- Anexar el número de hojas que sea necesario. Solamente deberá asentarse la firma en la última hoja que se presente.
- Si el apartado de programas o cursos es insuficiente, podrá reproducirlo las veces que sea necesario, indicando el número de hoja y manteniendo la estructura correspondiente. Para finalizar se debe presentar el DC-5 reverso.
- Entregar el formato a la autoridad laboral solamente en original. En su caso, puede presentar una copia si requiere que se le acuse de recibo.
- La falta de información en los datos opcionales, no será motivo para negar la presentación respectiva.

* Datos no obligatorios

¹ Solo sujetos obligados

² En tipo de movimiento anotar según corresponda: A=alta, B=baja y M=modificación

DC-5 ANVERSO

PLANTILLA DE INSTRUCTORES

Usar solamente en el caso de institución capacitadora

Tipo de movimiento ²	Nombre del instructor (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)) (En caso de modificación y baja favor de indicarlo)	Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)	Especialidad del instructor Área principal
A	SAUL MARTINEZ RÍVAS	MARS850331GX7	PERSONA COMPETENTE PARA TRABAJO EN ALTURAS
A	MAXIMILIANO CARBAJAL BOURGEIOS	CABM691008SS8	PERSONA CALIFICADA POR OSHA PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Los datos y anexos se proporcionan bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

JAIME CESAR ARELLANO MERCADO

Nombre y firma del solicitante o representante legal

Lugar y fecha de elaboración de esta solicitud

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO

2	0	1	4	0	7	1	0
Año				Mes		Día	

Consultas sobre el trámite llamar a la Dirección General de Capacitación al Teléfono 2000-5126 o realizar la consulta al correo electrónico registro@stps.gob.mx

DC-5 REVERSO



SECRETARÍA DEL TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL

SUBSECRETARÍA DE INCLUSIÓN LABORAL
DIRECCIÓN GENERAL DE CAPACITACIÓN

AUTORIZACIÓN Y REGISTRO
MODIFICACIÓN DE CURSOS O PROGRAMAS Y/O MODIFICACIÓN DE PLANTILLA DOCENTE
Formato DC-5
SOLICITUD DE REGISTRO DE AGENTE CAPACITADOR EXTERNO

DATOS DEL SOLICITANTE

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

WORKING AT HEIGHTS S.C.

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

Registro patronal del I.M.S.S.¹

W A H - 1 3 1 0 2 1 - C Q 8 C 6 7 5 4 2 5 3 1 0 - 5

Clave Única de Registro de Población C.U.R.P. - En caso de persona física *

Calle
ALBERTO VIOLANTE PEREZ

No. Exterior
808

No. Interior

Colonia

MODERNA DE LA CRUZ

Código postal (5 dígitos)

5 0 1 8 0

Entidad federativa

ESTADO DE MEXICO

Municipio o delegación política

METEPEC

Localidad

METEPEC

Teléfono (s)

01 722 196 38 14

Correo electrónico *

max.carbajal@group-mss.com

Fax *

Tipo de solicitud que presenta (Marcar con una X)

Registro inicial



Modificación de programas o cursos



Modificación de plantilla de instructores



Registro de nuevos programas o cursos



Hoja de

En caso de tratarse de persona física ¿Está de acuerdo en que se publiquen sus datos proporcionados en el Directorio de Agentes Capacitadores Externos? Sí ☐ No ☐

PROGRAMAS O CURSOS QUE REGISTRA

Tipo de movimiento ²	Nombre del programa o curso (En caso de modificación, favor de señalar el registro a modificar y el modificado)	Temas principales del programa o curso (Anotar la denominación completa de los temas)	Duración del curso en horas
A	OSHA SCAFFOLDING CERTIFICATION	PROGRAMAS ANDAMIOS, ESTANDARES DE OSHA, ANALISIS DE PELIGROS, CPL-2-1.23, CARTAS E INTERPRETACIONES, MULTI EMPLEADORES, NORMATIVA, TIPOS DE ANDAMIOS, 1926.453, MATEMATICA APLICADA, ANDAMIOS SUSPENDIDOS, TRABAJOS DE CAMPO	24
A	COMPETENT PERSON ON SCAFFOLDING	PROGRAMAS ANDAMIOS, ESTANDARES DE OSHA, ANALISIS DE PELIGROS, CPL-2-1.23, CARTAS E INTERPRETACIONES, MULTI EMPLEADORES, NORMATIVA, TIPOS DE ANDAMIOS, 1926.453, MATEMATICA APLICADA, ANDAMIOS SUSPENDIDOS, TRABAJOS DE CAMPO	24
A	COMPETENT PERSON RESCUE@HEIGHTS	RESCATE EN ALTURAS, PROTECCIÓN ANTI CAIDAS, ANÁLISIS DE PELIGROS, EVALUACIÓN DE PELIGROS DE, SUB PARTE M, DIFERENCIA EN PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN, INSPECCIÓN, SISTEMAS PERSONALES, RESCATE, APARATOS ELEVADORES, SISTEMAS MEC.	16

NOTAS E INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Escribir con letra de molde, arriba de la homoclave del Registro Federal de Contribuyentes, la palabra número. Ejemplos: número, número 1, número 2, etc.
- Anexar el número de hojas que sea necesario. Solamente deberá asentarse la firma en la última hoja que se presente.
- Si el apartado de programas o cursos es insuficiente, podrá reproducirlo las veces que sea necesario, indicando el número de hoja y manteniendo la estructura correspondiente. Para finalizar se debe presentar el DC-5 reverso.
- Entregar el formato a la autoridad laboral solamente en original. En su caso, puede presentar una copia si requiere que se le acuse de recibo.
- La falta de información en los datos opcionales, no será motivo para negar la presentación respectiva.

* Datos no obligatorios

¹ Solo sujetos obligados

² En tipo de movimiento anotar según corresponda: A=alta, B=baja y M=modificación

DC-5 ANVERSO

PLANTILLA DE INSTRUCTORES

Llenar solamente en el caso de institución capacitadora

Tipo de movimiento	Nombre del instructor (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)) (En caso de modificación y baja favor de indicarlo)	Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)	Especialidad del instructor Área principal:
A	MAXIMILIANO CARBAJAL BOURGEOIS	CABM691008SS8	PERSONA CUALIFICADA POR OSHA PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
A	TORRES BOLAÑOS ARMANDO	TOBA610519HD1	PERSONA COMPETENTE PARA TRABAJO EN ALTURAS
A	MARTINEZ RIVAS SAUL	MARS850331GX7	PERSONA COMPETENTE PARA TRABAJO EN ALTURAS



SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
Delegación Federal del Trabajo
ESTADO DE MÉXICO

10-08-2015 f

Los datos y anexos se proporcionan bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

MAXIMILIANO CARBAJAL BOURGEOIS

Nombre y firma del solicitante o representante legal

Lugar y fecha de elaboración de esta solicitud

METEPEC, EDO. DE MÉXICO.

2 0 1 5 0 8 1 0
Año Mes Día

 MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

 NOMBRE
CARBAJAL
BOURGEOIS
MAXIMILIANO

SEXO H

DOMICILIO
C VALLE DE LUEÑA 13 M 12 L 12
FRACC VALLE DE LAS FUENTES 52220
CALIMAYA, MEX.

CLAVE DE ELECTOR CRBRMX69100830H701

CURP CABM691008HVZRRX03

FECHA DE NACIMIENTO 08/10/1969

SECCIÓN 0502

AÑO DE REGISTRO 1995 06

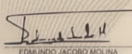
VIGENCIA 2022 - 2032



 ELEGIR MEX 2024 LOCAL EXTRAORDINARIO

B002905


EDUARDO JACOBO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX2437371447<<0502028999512
6910088H3212312MEX<06<<03993<8
CARBAJAL<BOURGEOI<<MAXIMILIANO