

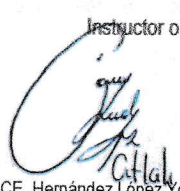
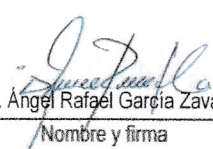
FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
SOTO RODRIGUEZ ISMAEL	
Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}
S O R I 8 1 1 0 0 6 H V Z T D S 0 9	03-4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO INDUSTRIAL
Puesto*	
OFICIAL ELECTRICO	

DATOS DE LA EMPRESA	
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre)	
GI ASESORIA Y SOLUCIONES INTEGRALES DEL SURESTE SA DE CV	
Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)	
G A S - 0 9 0 5 2 7 - H C A	

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD																																
Nombre del curso																																
COMUNICACION DE RIESGOS PARA EL MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS																																
Duración en horas	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Período de ejecución</th> <th rowspan="2">De</th> <th colspan="3">Año</th> <th colspan="3">Mes</th> <th colspan="3">Día</th> </tr> <tr> <th>2</th><th>0</th><th>2</th> <th>5</th><th>0</th><th>6</th> <th>2</th><th>1</th><th>a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 HRS</td> <td></td> <td>2</td><td>0</td><td>2</td> <td>5</td><td>0</td><td>6</td> <td>2</td><td>1</td><td>a</td> </tr> </tbody> </table>	Período de ejecución	De	Año			Mes			Día			2	0	2	5	0	6	2	1	a	6 HRS		2	0	2	5	0	6	2	1	a
Período de ejecución	De			Año			Mes			Día																						
		2	0	2	5	0	6	2	1	a																						
6 HRS		2	0	2	5	0	6	2	1	a																						
Área temática del curso ^{2/}																																
6000 SEGURIDAD																																
Nombre del Agente capacitador o STPS ^{3/}																																
HERNANDEZ LOPEZ YOTSELIN CITLALLI REGISTRO HELY910109G65-0005																																

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.

<p>Instructor o tutor</p>  <p>ACE. Hernández López Yotselin Citlalli</p> <p>Nombre y firma</p>	<p>Patrón o representante legal ^{4/}</p>  <p>Ing. Ángel Rafael García Zavala</p> <p>Nombre y firma</p>	<p>Representante de los trabajadores ^{5/}</p>  <p>Ing. Carlos Weqseelao Royo Valdivia.</p> <p>Nombre y firma</p>
---	--	--

INSTRUCCIONES

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