



FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

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

AGUILAR SOLANO APOLONIO

Clave Única de Registro de Población

E | U | S | A | 8 | 4 | 0 | 4 | 1 | 0 | H | V | Z | G | L | P | 0 | 3

 Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)^{1/}

03.4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO

Puesto*

OFICIAL ELECTRICO

DATOS DE LA EMPRESA

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

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

CONSIDERACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS

Duración en horas

10

Período de ejecución:

De

Año

2

0

2

4

Mes

0

8

Día

0

2

a

2

0

2

4

Año

0

8

0

2

Mes

0

8

Día

0

2

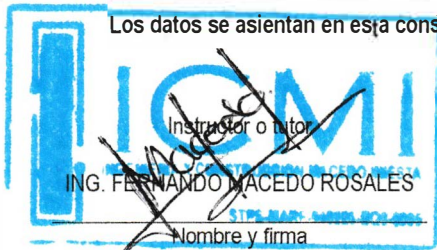
 Área temática del curso^{2/}

SEGURIDAD

 Nombre del agente capacitador o STPS^{3/}

FERNANDO MACEDO ROSALES - MARF-940228-DQ9-0005

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.


 Patrón o representante legal^{4/}

 ING ANGEL RAFAEL GARCIA ZAVALA
Nombre y firma

 Representante de los trabajadores^{5/}

 ING JOSE GUADALUPE GARCIA MARCIAL
Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra 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