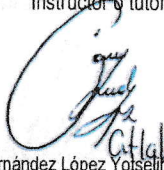




FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

| DATOS DEL TRABAJADOR | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)) | |
| DE LA CRUZ BERNAL JUAN MANUEL | |
| Clave Única de Registro de Población | Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/} |
| C U B J 8 3 1 2 1 5 H C M R R N 0 3 | 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 | | | | | | | | | | | |
| ESPACIOS CONFINADOS | | | | | | | | | | | |
| Duración en horas | Periodo de ejecución | De | Año | Mes | Día | a | Año | Mes | Día | | |
| 8 HRS | | | 2 0 2 5 | 0 6 | 2 8 | a | 2 0 2 5 | 0 6 | 2 8 | | |
| 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. | | |
| Instructor o tutor  ACE. Hernández López Yotselin Citlalli Nombre y firma | Patrón o representante legal ^{4/}  Ing. Angel Rafael García Zavala Nombre y firma | Representante de los trabajadores ^{5/}  Ing. Carlos Wenceslao Royo Valdivia. 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