

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

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
ISIDRO TORRES ARNULFO	
Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>1/</sup>
I   I   T   A   8   1   0   6   3   0   H   V   Z   S   R   R   0   5	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															
TRABAJO EN ALTURAS															
Duración en horas	Periodo de ejecución De														
8 HRS	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Año</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">a</td> <td style="text-align: center;">Año</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Día</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2   0   2   5</td> <td style="text-align: center;">0   9</td> <td style="text-align: center;">0   1</td> <td></td> <td style="text-align: center;">2   0   2   5</td> <td style="text-align: center;">0   9</td> <td style="text-align: center;">0   1</td> </tr> </table>	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día	2   0   2   5	0   9	0   1		2   0   2   5	0   9	0   1
Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día									
2   0   2   5	0   9	0   1		2   0   2   5	0   9	0   1									
Área temática del curso <sup>2/</sup>															
6000 SEGURIDAD															
Nombre del Agente capacitador o STPS <sup>3/</sup>															
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	Patrón o representante legal <sup>4/</sup>	Representante de los trabajadores <sup>5/</sup>
		
ACE. Hernández López Yotselin Citlalli Nombre y firma	Ing. Ángel Rafael García Zavala Nombre y firma	Ing. Carlos Wenseslao 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](http://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](http://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