



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 I I T A B 1 0 6 3 0 H V Z S R R 0 5	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 S.A. DE C.V.	
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 ARMADO SEGURO DE ANDAMIOS (MULTIDIRECCIONALES Y TUBULARES)																			
Duración en horas 8 HRS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Periodo de ejecución:</th> <th style="width: 10%;">De</th> <th style="width: 10%;">Año</th> <th style="width: 10%;">Mes</th> <th style="width: 10%;">Día</th> <th style="width: 10%;">a</th> <th style="width: 10%;">Año</th> <th style="width: 10%;">Mes</th> <th style="width: 10%;">Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo de ejecución:	De	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día		2	0	2	4	1	0	2	2
Periodo de ejecución:	De	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día											
	2	0	2	4	1	0	2	2											
Área temática del curso ^{2/} 6000																			
Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/} JOSUE GADIEL CORDOVA MEJIA REGISTRO ANTE LA STPS: COMJ-940619-L38-0005																			

<p>Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, aperebidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.</p>		
<p>Instructor o tutor</p> <p></p> <p>ING. JOSUE GADIEL CORDOVA MEJIA</p> <p>Nombre y firma</p>	<p>Patrón o representante legal ^{4/}</p> <p></p> <p>ING. ANGEL RAFAEL GARCIA ZAVALA</p> <p>Nombre y firma</p>	<p>Representante de los trabajadores ^{5/}</p> <p></p> <p>ING. JOSE GUADALUPE GARCIA MARCIAL</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.