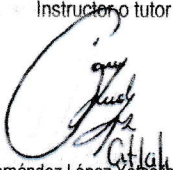




## FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
YOPIHUA RODRIGUEZ FRANCISCO ISAI	
Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>1/</sup>
Y   O   R   F   9   7   0   3   2   3   H   V   Z   P   D   R   0   3	03-4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO INDUSTRIAL
Puesto*	
SUPERVISOR 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																				
PRIMEROS AUXILIOS																				
Duración en horas	Periodo de ejecución	De	Año			Mes			Día			Año			Mes			Día		
8 HRS			2	0	2	5	0	9	2	0	a	2	0	2	5	0	9	2	0	
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																				

<b>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.</b>		
<small>Instructor o tutor</small>  ACE. Hernández López Yotseleh Citlalli <small>Nombre y firma</small>	<small>Patrón o representante legal <sup>4/</sup></small>  Ing. Ángel Rafael García Zavala <small>Nombre y firma</small>	<small>Representante de los trabajadores <sup>5/</sup></small>  Ing. Carlos Wenceslao Hoyo Valdivia. <small>Nombre y firma</small>

### 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

## 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	
PRIMEROS AUXILIOS	
Duración en horas	Periodo de ejecución De Año Mes Día a Año Mes Día
8 HRS	De 2 0 2 5 0 9 2 0 a 2 0 2 5 0 9 2 0
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  <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> ACE. Hernández López Yotseleh Citlalli Nombre y firma	Patrón o representante legal <sup>4/</sup>  <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Ing. Ángel Rafael García Zavala Nombre y firma	Representante de los trabajadores <sup>5/</sup>  <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Ing. Carlos Wenceslao Boyo 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