

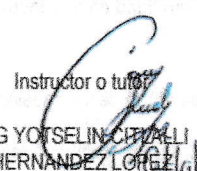
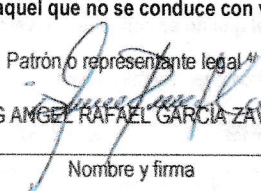

**FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES**

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)) HERNANDEZ DEL ANGEL FRANCISCO JOSUE	
Clave Única de Registro de Población H E V F 0 2 0 3 0 5 H V Z R N R A 5	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/} 03.4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO
Puesto AYUDANTE 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 SISTEMA ARMONIZADO PARA LA IDENTIFICACION Y COMUNICACIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS POR SUSTANCIAS QUIMICAS PELIGROSAS EN LOS CENTROS DE TRABAJO																													
Duración en horas 08 HRAS	Periodo de ejecución: <table border="1"> <thead> <tr> <th>De</th> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>a</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>1</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	De	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	2	0	2	5	0	7	1	7	1	7	a	2	0	2	5	0	7	1	7		
De	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día																							
2	0	2	5	0	7	1																							
7	1	7	a	2	0	2																							
5	0	7	1	7																									
Área temática del curso ^{2/} 6000 SEGURIDAD																													
Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/} HERNANDEZ LOPEZ YOTSELIN CITLALLI (HELY910109G65-0005)																													

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, aperecidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

 Instructor o tutor ING YOTSELIN CITLALLI HERNANDEZ LOPEZ Nombre y firma	 Patrón o representante legal ^{4/} ING ANGEL RAFAEL GARCIA ZAVALA Nombre y firma	 Representante de los trabajadores ^{5/} ING CARLOS MENSERLAO 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.