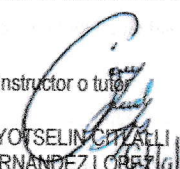
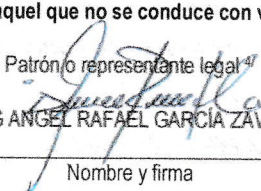
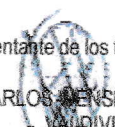


FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)) WEHBER GUZMAN ENRIQUE DE JESUS	
Clave Única de Registro de Población W E G E 7 8 1 2 0 8 H O C H Z N 0 3	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 PLATAFORMAS DE ELEVACIÓN																	
Duración en horas 08 HRAS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Periodo de ejecución:</th> <th style="width: 10%;">Año</th> <th style="width: 10%;">Mes</th> <th style="width: 10%;">Día</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Año</th> <th style="width: 10%;">Mes</th> <th style="width: 10%;">Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De</td> <td>2 0 2 5</td> <td>0 6</td> <td>2 3</td> <td>a</td> <td>2 0 2 5</td> <td>0 6</td> <td>2 3</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día	De	2 0 2 5	0 6	2 3	a	2 0 2 5	0 6	2 3
Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día										
De	2 0 2 5	0 6	2 3	a	2 0 2 5	0 6	2 3										
Área temática del curso ^{2/} 6000 SEGURIDAD																	
Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/} HERNANDEZ LOPEZ YOTSELIN CITLALLI (HELY910109G65-0005)																	

<p>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.</p>		
 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 MENESLAO 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.