

FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR																			
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))																			
RODRIGUEZ HERRERA DAVID																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>R</td><td>O</td><td>H</td><td>D</td><td>9</td><td>4</td><td>0</td><td>7</td><td>1</td><td>0</td><td>H</td><td>T</td><td>L</td><td>D</td><td>R</td><td>V</td><td>0</td><td>4</td> </tr> </table>	R	O	H	D	9	4	0	7	1	0	H	T	L	D	R	V	0	4	03-4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO INDUSTRIAL
R	O	H	D	9	4	0	7	1	0	H	T	L	D	R	V	0	4		
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)															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>G</td><td>A</td><td>S</td><td>-</td><td>0</td><td>9</td><td>0</td><td>5</td><td>2</td><td>7</td><td>-</td><td>H</td><td>C</td><td>A</td> </tr> </table>	G	A	S	-	0	9	0	5	2	7	-	H	C	A	
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	Año	Mes	Día								
8 HRS			2	0	2	5	0	7	1	9	a	2	0	2	5	0	7	1	9
Área temática del curso ^{2/}																			
6000 SEGURIDAD																			
Nombre del Agente capacitador o STPS ^{3/}																			
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  ACE Hernandez Lopez Yotselin Citlalli Nombre y firma	Patrón o representante legal ^{4/}  Ing. Angel Rafael Garcia Zavala Nombre y firma	Representante de los trabajadores ^{5/}  Ing. Carlos Wenceslao 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