



FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)) FLORES VELAZQUEZ ALEJANDRO	
Clave Única de Registro de Población F O V A 0 2 1 1 1 2 H T L L L L A 2	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/} 03 CONSTRUCCION
Puesto* SUPERVISOR DE SEGURIDAD INDUSTRIAL	

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 SUPERVISOR DE SEGURIDAD INDUSTRIAL																									
Duración en horas 20 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%;">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>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo de ejecución:	De	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día		2	0	2	4	1	2	2		2	0	2	4	1	2	6
Periodo de ejecución:	De	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día																		
	2	0	2	4	1	2	2																		
	2	0	2	4	1	2	6																		
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																									

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 ING. JOSUE GADIEL CORDOVA MEJIA <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma	 Patrón o representante legal ^{4/} ING ANGEL RAFAEL GARCIA ZAVALA <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma	 Representante de los trabajadores ^{5/} ING JOSE GUADALUPE GARCIA MARCIAL <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> 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.