


## 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	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>1/</sup>
F O V A 0 2 1 1 1 2 H T L L L L A 2	03-4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO INDUSTRIAL
Puesto*	
SUPERVISOR DE SEGURIDAD	

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														
8 HRS	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Año</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">a</td> <td style="text-align: center;">Año</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Día</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2 0 2 5</td> <td style="text-align: center;">1 2</td> <td style="text-align: center;">1 7</td> <td style="text-align: center;">a</td> <td style="text-align: center;">2 0 2 5</td> <td style="text-align: center;">1 2</td> <td style="text-align: center;">1 7</td> </tr> </table>	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día	2 0 2 5	1 2	1 7	a	2 0 2 5	1 2	1 7
Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día									
2 0 2 5	1 2	1 7	a	2 0 2 5	1 2	1 7									
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>		
Instructor o tutor   <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> ACE. Hernández López Yotseih 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 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](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