

FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)) PICHARDO RODEA ZURISADAI GUADALUPE	
Clave Única de Registro de Población P I R Z 9 3 0 2 0 4 M M C C D R 0 7	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/} 03.4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO
Puesto SUPERVISOR DE SEGURIDAD	

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 EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL																			
Duración en horas 08 HRAS	Periodo de ejecución: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: right;">De</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">a</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">5</td> </tr> </table>	De	2	0	2	5	0	2	1	5	a	2	0	2	5	0	2	1	5
De	2	0	2	5	0	2	1	5	a	2	0	2	5	0	2	1	5		
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, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

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