

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	

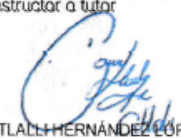


DATOS DE LA EMPRESA

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 PREVENCION Y COMBATE CONTRA INCENDIOS																
Duración en horas 08 HRAS	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Periodo de ejecución:</td> <td style="width: 15%;">Año</td> <td style="width: 15%;">Mes</td> <td style="width: 15%;">Día</td> <td style="width: 15%;">Año</td> <td style="width: 15%;">Mes</td> <td style="width: 15%;">Día</td> </tr> <tr> <td>De</td> <td>2 0 2 5</td> <td>0 2</td> <td>1 4</td> <td>a</td> <td>2 0 2 5</td> <td>0 2</td> <td>1 4</td> </tr> </table>	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	De	2 0 2 5	0 2	1 4	a	2 0 2 5	0 2	1 4
Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día										
De	2 0 2 5	0 2	1 4	a	2 0 2 5	0 2	1 4									
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.

<p style="font-size: small;">Instructor o tutor</p>  <p style="font-size: small;">YOTSELIN CITLALLI HERNÁNDEZ LÓPEZ</p> <p style="font-size: small;">Nombre y firma</p>	<p style="font-size: small;">Patrón o representante legal ^{4/}</p>  <p style="font-size: small;">ING. ÁNGEL RAFAEL GARCÍA ZAVALA</p> <p style="font-size: small;">Nombre y firma</p>	<p style="font-size: small;">Representante de los trabajadores ^{5/}</p>  <p style="font-size: small;">ING. CARLOS WENSESLAO ROYO VALDIVIA</p> <p style="font-size: small;">Nombre y firma</p>
--	--	---

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.