

## 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) <sup>1/</sup> 03.4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO
Puesto SUPERVISOR DE SEGURIDAD	

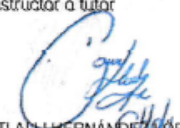
### DATOS DE LA EMPRESA


Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)) <b>GI ASESORIA Y SOLUCIONES INTEGRALES DEL SURESTE SA DE CV</b>	
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 <b>PRIMEROS AUXILIOS</b>																
Duración en horas 08 HRAS	<table border="1" 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   0</td> <td>a</td> <td>2   0   2   5</td> <td>0   2</td> <td>1   0</td> </tr> </table>	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	De	2   0   2   5	0   2	1   0	a	2   0   2   5	0   2	1   0
Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día										
De	2   0   2   5	0   2	1   0	a	2   0   2   5	0   2	1   0									
Área temática del curso <sup>2/</sup> 6000 SEGURIDAD																
Nombre del agente capacitador o STPS <sup>3/</sup> HERNANDEZ LOPEZ YOTSELIN CITLALLI (HELY910109G65-0005)																

**Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, aperecidos 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 <sup>4/</sup>  
  
ING ANGEL RAFAEL GARCÍA ZAVALA  
Nombre y firma

Representante de los trabajadores <sup>5/</sup>  
  
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.
  - <sup>1/</sup> 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)
  - <sup>2/</sup> 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)
  - <sup>3/</sup> Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
  - <sup>4/</sup> 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.
  - <sup>5/</sup> Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
- \* Dato no obligatorio.