

FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)) HERNANDEZ CARRASCO OSCAR	
Clave Única de Registro de Población H E C O 8 5 0 1 1 3 H V Z R R S 0 9	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/} 03.4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO
Puesto OFICIAL ELECTRICO	

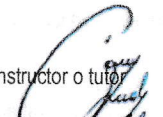
DATOS DE LA EMPRESA

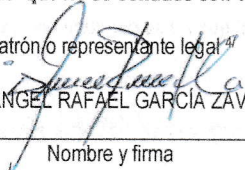
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)) GI ASESORIA Y SOLUCIONES INTEGRALES DEL SURESTE SA DE CV	
Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP) G A S - 0 9 0 5 2 7 - H C A	


DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso PLATAFORMAS DE ELEVACIÓN															
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 style="text-align: center;">De</td> <td style="text-align: center;">2 0 2 5</td> <td style="text-align: center;">0 7</td> <td style="text-align: center;">2 3</td> <td style="text-align: center;">a</td> <td style="text-align: center;">2 0 2 5</td> <td style="text-align: center;">0 7 2 3</td> </tr> </table>	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	De	2 0 2 5	0 7	2 3	a	2 0 2 5	0 7 2 3
Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día									
De	2 0 2 5	0 7	2 3	a	2 0 2 5	0 7 2 3									
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, aperecidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.


 Instructor o tutor
 ING YOTSELIN CITLALLI
 HERNANDEZ LOPEZ
 Nombre y firma


 Patrón/ representante legal ^{4/}
 ING ANGEL RAFAEL GARCÍA ZÁVALA
 Nombre y firma


 Representante de los trabajadores ^{5/}
 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
 - ^{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.