

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

HERRAMIENTAS MANUALES Y DE PODER

Duración en horas

08 HRAS

Periodo de ejecución:

Año

Mes

Día

Año

Mes

Día

De

2

0

2

5

0

7

0

8

a

2

0

2

5

0

7

0

8

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

ING YOTSELIN CITLALLI
HERNANDEZ LOPEZ

Nombre y firma

Patrón o representante legal ^{4/}

ING ANGEL RAFAEL GARCIA ZAVALA

Nombre y firma

Representante de los trabajadores ^{5/}

ING CARLOS MENESLAO 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.