

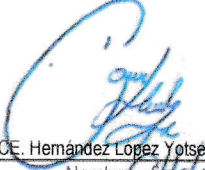


## FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
HERNANDEZ XOTLANIHUA ISAI DE JESUS	
Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>1/</sup>
H   E   X   I   9   7   1   2   2   8   H   V   Z   R   T   S   0   6	03-4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO INDUSTRIAL
Puesto*	
OFICIAL ELECTRICO	

DATOS DE LA EMPRESA	
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre)	
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	Periodo de ejecución De												
8 HRS	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Año</td> <td>Mes</td> <td>Día</td> <td>Año</td> <td>Mes</td> <td>Día</td> </tr> <tr> <td>2   0   2   5</td> <td>1   1</td> <td>2   2</td> <td>a   2   0   2   5</td> <td>1   1</td> <td>2   2</td> </tr> </table>	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	2   0   2   5	1   1	2   2	a   2   0   2   5	1   1	2   2
Año	Mes	Día	Año	Mes	Día								
2   0   2   5	1   1	2   2	a   2   0   2   5	1   1	2   2								
Área temática del curso <sup>2/</sup>													
6000 SEGURIDAD													
Nombre del Agente capacitador o STPS <sup>3/</sup>													
HERNANDEZ LOPEZ YOTSELIN CITLALLI REGISTRO 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>Instructor o tutor</p>  <p>ACE. Hernández Lopez Yotselin Citlalli Nombre y firma</p>	<p>Patrón o representante legal <sup>4/</sup></p>  <p>Ing. Ángel Rafael García Zavala Nombre y firma</p>	<p>Representante de los trabajadores <sup>5/</sup></p>  <p>Ing. Carlos Wenseslao Rojo Valdivia. 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](http://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](http://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