

FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
CARMONA ACEVEDO DIEGO	
Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}
C A A D 0 3 1 1 1 8 H M C R C G A 7	03-4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO INDUSTRIAL
Puesto*	
Auxiliar eléctrico	

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																			
TRABAJO EN ALTURAS																			
Duración en horas	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Periodo de ejecución</th> <th style="width: 10%;">De</th> <th style="width: 10%;">Año</th> <th style="width: 10%;">Mes</th> <th style="width: 10%;">Día</th> <th style="width: 10%;">a</th> <th style="width: 10%;">Año</th> <th style="width: 10%;">Mes</th> <th style="width: 10%;">Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8 HRS</td> <td>De</td> <td>2 0 2 5</td> <td>0 2</td> <td>0 7</td> <td>a</td> <td>2 0 2 5</td> <td>0 2</td> <td>0 7</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo de ejecución	De	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día	8 HRS	De	2 0 2 5	0 2	0 7	a	2 0 2 5	0 2	0 7
Periodo de ejecución	De	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día											
8 HRS	De	2 0 2 5	0 2	0 7	a	2 0 2 5	0 2	0 7											
Área temática del curso ^{2/}																			
6000 SEGURIDAD																			
Nombre del Agente capacitador o STPS ^{3/}																			
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.		
Instructor o tutor  YOTSELIN CITLALLI HERNÁNDEZ LÓPEZ Nombre y firma	Patrón o representante legal ^{4/}  ING ANGEL RAFAEL GARCÍA ZAVALA Nombre y firma	Representante de los trabajadores ^{5/}  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.
 - 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