

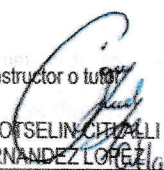
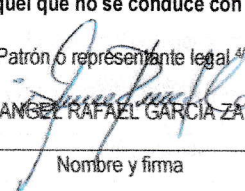

## FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)) HERNANDEZ DEL ANGEL VICTOR VALENTIN	
Clave Única de Registro de Población H   E   A   V   9   3   0   5   1   9   H   V   Z   R   N   C   0   1	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>1/</sup> 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)) <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>TRABAJOS EN ALTURAS</b>															
Duración en horas 08 HRAS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Periodo de ejecución:</th> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De</td> <td>2   0   2   5</td> <td>0   7</td> <td>0   7</td> <td>a</td> <td>2   0   2   5</td> <td>0   7   0   7</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	De	2   0   2   5	0   7	0   7	a	2   0   2   5	0   7   0   7
Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día									
De	2   0   2   5	0   7	0   7	a	2   0   2   5	0   7   0   7									
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, aperebidos 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 <sup>4/</sup> ING ANGEL RAFAEL GARCIA 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.