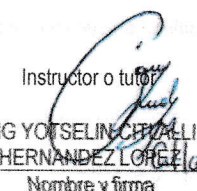
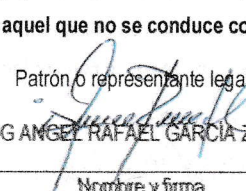
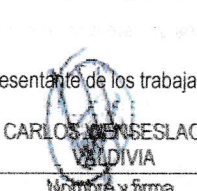


FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

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) ^{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 PRIMEROS AUXILIOS															
Duración en horas 08 HRAS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Periodo de ejecución:</th> <th style="width: 15%;">Año</th> <th style="width: 15%;">Mes</th> <th style="width: 15%;">Día</th> <th style="width: 15%;">Año</th> <th style="width: 15%;">Mes</th> <th style="width: 15%;">Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De</td> <td>2 0 2 5</td> <td>0 7</td> <td>1 0</td> <td>a</td> <td>2 0 2 5</td> <td>0 7 1 0</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	De	2 0 2 5	0 7	1 0	a	2 0 2 5	0 7 1 0
Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día									
De	2 0 2 5	0 7	1 0	a	2 0 2 5	0 7 1 0									
Área temática del curso ^{2/} 6000 SEGURIDAD															
Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/} HERNANDEZ LOPEZ YOTSELIN CITLALLI (HELY910109G65-0005)															

<p>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 ^{4/} 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 WENSESLAO ROYO WALDIVIA 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.