



FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)) FLORES PATIÑO JOSE LUIS	
Clave Única de Registro de Población F O P L 7 8 0 1 1 1 H M C L T S 0 8	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/} 03 CONSTRUCCION
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 S.A. DE C.V.	
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 BUSQUEDA Y RESCATE PARA BRIGADISTAS																													
Duración en horas 6 HRS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Periodo de ejecución:</th> <th colspan="2">Año</th> <th>Mes</th> <th colspan="2">Día</th> <th colspan="2">Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> </tr> <tr> <td>De</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>a</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </thead> </table>	Periodo de ejecución:	Año		Mes	Día		Año		Mes	Día	De	2	0	2	5	0	4	2	1	a	2	0	2	5	0	4	2	1
Periodo de ejecución:	Año		Mes	Día		Año		Mes	Día																				
De	2	0	2	5	0	4	2	1	a	2	0	2	5	0	4	2	1												
Área temática del curso ^{2/} 6000																													
Nombre del agente capacitador o STPS ^{3/} JOSUE GADIEL CORDOVA MEJIA REGISTRO ANTE LA STPS: COMJ-940619-L38-0005																													

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. JOSUE GADIEL CORDOVA MEJIA <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma	 Patrón o representante legal ^{4/} ING. ANSELMO RAFAEL BARRERA ZAVALA <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma	 Representante de los trabajadores ^{5/} ING. CARLOS WENCESLAO ROYO <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> 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.