




FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
TORRES HERNANDEZ EDNA LORENA	
Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}
T O H E 9 5 1 1 2 4 M C H R R D 0 0	03-4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO INDUSTRIAL
Puesto*	
SUPERVISOR DE SEGURIDAD INDUSTRIAL	

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													
PREVENCIÓN Y COMBATE CONTRA INCENDIOS													
Duración en horas	Periodo de ejecución De												
8 HRS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">2 0 2 5</td> <td style="text-align: center;">0 8</td> <td style="text-align: center;">0 7</td> <td style="text-align: center;">a 2 0 2 5</td> <td style="text-align: center;">0 8</td> <td style="text-align: center;">0 7</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	2 0 2 5	0 8	0 7	a 2 0 2 5	0 8	0 7
Año	Mes	Día	Año	Mes	Día								
2 0 2 5	0 8	0 7	a 2 0 2 5	0 8	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  ACE. Hernández López Yotselin Citlalli Nombre y firma	Patrón o representante legal ^{4/}  Ing. Ángel Rafael García Zavala Nombre y firma	Representante de los trabajadores ^{5/}  Ing. Carlos Wenceslao Rojo 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