

FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
REYES BERNAL MIGUEL ANGEL	
Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}
R E B M 9 9 0 8 0 2 H M C Y R G 0 6	03-4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO INDUSTRIAL
Puesto*	
AYUDANTE ELECTRICO	

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															
EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL															
Duración en horas	Periodo de ejecución De														
8 HRS	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Año</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">a</td> <td style="text-align: center;">Año</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Día</td> </tr> <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 6</td> <td></td> <td style="text-align: center;">2 0 2 5</td> <td style="text-align: center;">0 8</td> <td style="text-align: center;">0 6</td> </tr> </table>	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día	2 0 2 5	0 8	0 6		2 0 2 5	0 8	0 6
Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día									
2 0 2 5	0 8	0 6		2 0 2 5	0 8	0 6									
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.

<p>Instructor o tutor</p>  <p>ACE. Hernández López Yotselin Citlalli Nombre y firma</p>	<p>Patrón o representante legal ^{4/}</p>  <p>Ing. Ángel Rafael García Zavala Nombre y firma</p>	<p>Representante de los trabajadores ^{5/}</p>  <p>Ing. Carlos Wenceslao Rojo Valdivia Nombre y firma</p>
--	---	--

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