

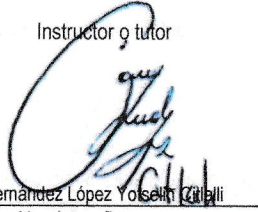


FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
MARTINEZ GONZALEZ MARICRUZ	
Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}
M A G M 0 1 0 5 0 3 M M C R N R A 5	03-4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO INDUSTRIAL
Puesto*	
SUPERVISOR DE SEGURIDAD	

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															
SISTEMA ARMONIZADO PARA LA IDENTIFICACION Y COMUNICACION DE PELIGROS Y RIESGOS POR SUSTANCIAS QUIMICAS PELIGROSAS EN LOS CENTROS DE TRABAJO															
Duración en horas	Periodo de ejecución De														
8 HRS	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td>Año</td><td>Mes</td><td>Día</td><td></td><td>Año</td><td>Mes</td><td>Día</td> </tr> <tr> <td>2 0 2 5</td><td>0 8</td><td>1 0</td><td>a</td><td>2 0 2 5</td><td>0 8</td><td>1 0</td> </tr> </table>	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día	2 0 2 5	0 8	1 0	a	2 0 2 5	0 8	1 0
Año	Mes	Día		Año	Mes	Día									
2 0 2 5	0 8	1 0	a	2 0 2 5	0 8	1 0									
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</p> <p>Nombre y firma</p>	<p>Patrón o representante legal ^{4/}</p>  <p>Ing. Ángel Rafael García Zavala</p> <p>Nombre y firma</p>	<p>Representante de los trabajadores ^{5/}</p>  <p>Ing. Carlos Wenceslao Rojo Valdivia</p> <p>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