

## FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
CANO GARCIA EMILIO	
Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) <sup>1/</sup>
C   A   G   E   9   9   0   1   2   9   H   V   Z   N   R   M   0   4	03-4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO INDUSTRIAL
Puesto*	
AYUDANTE GENERAL	

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																			
BLOQUEO Y ETIQUETADO																			
Duración en horas	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Período de ejecución</th> <th>De</th> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> <th>a</th> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8 HRS</td> <td></td> <td>2   0   2   6</td> <td>0   1</td> <td>0   6</td> <td></td> <td>2   0   2   6</td> <td>0   1</td> <td>0   6</td> </tr> </tbody> </table>	Período de ejecución	De	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día	8 HRS		2   0   2   6	0   1	0   6		2   0   2   6	0   1	0   6
Período de ejecución	De	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día											
8 HRS		2   0   2   6	0   1	0   6		2   0   2   6	0   1	0   6											
Área temática del curso <sup>2/</sup>																			
6000 SEGURIDAD																			
Nombre del Agente capacitador o STPS <sup>3/</sup>																			
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. Hemández López Yotselin Citlalli</p> <p>Nombre y firma</p>	<p>Patrón o representante legal <sup>4/</sup></p>  <p>Ing. Angel Rafael García Zavala</p> <p>Nombre y firma</p>	<p>Representante de los trabajadores <sup>5/</sup></p>  <p>Ing. Carlos Wequesado 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](http://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](http://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