

FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR																			
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))																			
CERVANTES CERVANTES RUBI NAHOMI																			
Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) ^{1/}																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>C</td><td>E</td><td>C</td><td>R</td><td>9</td><td>8</td><td>0</td><td>7</td><td>1</td><td>1</td><td>M</td><td>C</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>B</td><td>0</td><td>1</td> </tr> </table>	C	E	C	R	9	8	0	7	1	1	M	C	H	R	R	B	0	1	03-4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO INDUSTRIA
C	E	C	R	9	8	0	7	1	1	M	C	H	R	R	B	0	1		
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)															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>G</td><td>A</td><td>S</td><td>-</td><td>0</td><td>9</td><td>0</td><td>5</td><td>2</td><td>7</td><td>-</td><td>H</td><td>C</td><td>A</td> </tr> </table>	G	A	S	-	0	9	0	5	2	7	-	H	C	A	
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	Periodo de ejecución	De	Año	Mes	Día	a	Año	Mes	Día
8 HRS			2 0 2 6	0 3	0 6		2 0 2 6	0 3	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.		
Instructor o tutor  ACE. Hernández López Yotselin Citlalli Nombre y firma	Patrón o representante legal ^{4/}  Ing. Angel Rafael García Zavala Nombre y firma	Representante de los trabajadores ^{5/}  Ing. Carlos Wenceslao Royo 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