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

	DATOS DEL TRABAJADOR																																					
Nombre	Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))																																					
PAUL	PAULL CHERES HIGAREDA																																					
Clave Ú	Jni	ca de	Re	egist	ro	de P	obla	ció	n												Осц	ıpación	espe	ecífica	(Catá	logo	Na	cio	nal	de	Ocup	pac	ione	s)				
U A X 2 S Y 3 D E A I S R 5											5	s	7	Г	М	3				WEKDQW LDWD																		
Puesto	Puesto*																																					
DESA	DESARROLLADOR WEB																																					
	DATOS DE LA EMPRESA																																					
Nombre	Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))																																					
edkw	edkwemldwe																																					
Registr	Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)																																					
•	1	2	;	3	4	5		6	7		8	9	1		2	3		4	5	5																		
	DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD																																					
Nombre del curso																																						
CUMPLIMIENTO REGULATORIO EN EL SECTOR HIDROCARBUROS - PERFORACIÓN DE POZOS																																						
Duració	ón		oras <b>16</b>					Periodo de ejecución: D								ļ.,	_	Añ 0		2	0	Mes 6	-	Día <b>1 5</b>		4	_  a		Año 2 0 2 2		+	Mes 6		_	Día <b>1 5</b>			
Área te	ma			cur	so												2 0 2				U	0   0		1 1 3		_	_  _		2   0   2   2		-   -		1010		,	1 1 1 3		3
Årea temática del curso  AMBIENTALES																																						
Nombre del agente capacitador o STPS																																						
SALVADOR(Registro númeroAARS-901224-LY4-0005)																																						
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																																						
Intructor o tutor Patrón o representante legal Representante de los trabajadores														S																								
			_	1	_	_		_									1	_	_		1					_	_	_	_	1	<i>f</i>							
		_											_				_	_								/.	_	_		•								
					'										l										l													
Salvador																		(	aw	da	ıwdf	we									l I	KKI	ikikı	m				

## **INSTRUCCIONES**

- Llenar a máquina o con letra de molde
- Debera entregarse al trabajador dentro de los veinte dias hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página <a href="https://www.stps.gob.mx">www.stps.gob.mx</a>
Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato en la página <a href="https://www.stps.gob.mx">www.stps.gob.mx</a>
Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social.

Nombre y firma

Nombre y firma

Para empresa con menos de 51 trabajadores. Para empresas con mas de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

Nombre y firma

\* Dato no obligatorio.