



**Formato DC - 3**  
**CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Nombre:		Matrícula:
Clave Única de Registro de Población	Ocupación Específica	
Puesto		

**DATOS DE LA EMPRESA**

Nombre o Razón Social:
<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>
Registro Federal de Contribuyentes:
<b>IMS 421231 I45</b>

**DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD**

Nombre del Curso:									
Duración en horas:		Período de Ejecución							
		Año	Mes	Día	Año	Mes	Día		
Área Temática del Curso:		De					a		
Nombre de Agente Capacitador o STPS									

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 la verdad.

Instructor o Tutor

Patrón o Representante Legal

Representante de los  
Trabajadores

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

Consecutivo: