



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:
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Registro Federal de Contribuyentes:
IMS 421231 I45

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: