




FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR																				
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)). CORTES HERNANDEZ DOMINGO IRAIS																				
C	O	H	D	9	4	0	8	0	8	H	H	G	R	R	M	0	5	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/ 09.4 PROTECCIÓN DE BIENES Y/O PERSONAS		
Puesto * ELEMENTO DE SEGURIDAD PRIVADA																				

DATOS DE LA EMPRESA																																	
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)). INTER-CON SERVICIOS DE SEGURIDAD PRIVADA, S.A. DE C.V.																																	
Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP) <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>I</td><td>S</td><td>S</td><td>-</td><td>9</td><td>4</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>9</td><td>-</td><td>L</td><td>2</td><td>5</td> </tr> </table>																				I	S	S	-	9	4	1	1	0	9	-	L	2	5
I	S	S	-	9	4	1	1	0	9	-	L	2	5																				

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD																									
Nombre del curso BÁSICO DE SEGURIDAD PRIVADA EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE BIENES INMUEBLES																									
Duración en horas 20 Hrs.	Periodo de ejecución	De	2	0	1	9	Año	0	6	Mes	1	2	Día	a	2	0	1	9	Año	0	6	Mes	1	3	Día
Área temática del curso 6000 SEGURIDAD																									
Nombre del agente capacitador o STPS 3/ JUAN FRANCISCO BANDERAS BERNABE BABJ-631010-2F4-0005																									

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>JUAN FRANCISCO BANDERAS BERNABE BABJ-631010-2F4-0005</p> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> <p>Nombre y firma</p>	<p>Patrón o Representante Legal 4/</p>  <p>MARCOS ALBERTO MENESES GARCIA</p> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> <p>Nombre y firma</p>	<p>Representante de los Trabajadores 5/</p>  <p>VALERIA NAVA DE LA BARRERA</p> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> <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
- 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 mas de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
- 5/ Solo para empresas con mas de 50 trabajadores.
- * Dato no obligatorio.