



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

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))  
**MIGUEL CHAVEZ HERNANDEZ**

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/
C   A   H   M   8   3   0   2   0   4   H   H   G   H   R   G   0   7	<b>03 construcción</b>
PUESTO <b>OPERADOR</b>	

**DATOS DE LA EMPRESA**

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))  
**FERNANDO PEREZ RAMOS**

Registro Federal de Contribuyentes con homo clave (SHCP)

P | E | R | F | - | 6 | 8 | 0 | 4 | 1 | 3 | Q | A | 8 |

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

Nombre del curso  
**CERTIFICACION DE OPERACIONES DE GRUAS Y ACCESORIOS DE IZAJE DE 10 A 300 TONELADAS**

Duración en horas <b>20 HRS*</b>	Periodo de ejecución	De	Año	Mes	Día	-	Año	Mes	Día
			2   0   2   5	0   4	2   9		2   0   2   5	0   5	1   7

Área temática del curso 2/  
**6000**

Agente capacitador (Externo o interno, según corresponda)  
**LEONRADO GALVAN REYNA REG-GARL-8909-10E68-0005**

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>Capacitador</p> <p>REG-GARL-8909-10E68-0005 ING. LEONARDO GALVAN REYNA</p> <p>Nombre y firma</p>	<p>Por la empresa</p> <p>Nombre y firma</p>	<p>Por los trabajadores</p> <p>Nombre y firma</p>
---	---	---

**INSTRUCCIONES**

- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.
- 1/ Las áreas y sub áreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página [www.stps.gob.mx](http://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](http://www.stps.gob.mx)