



FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))

GARCIA TORAL GIRASOL AMIZADA

Clave Única de Registro de Población

G A T G 0 2 0 1 0 7 M V Z R R A 0

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) *

03.4 INSTALACION Y MANTENIMIENTO

Puesto*

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

CONOCIMIENTOS BASICOS EN PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas

08

Periodo de ejecución:

De

Año

Mes

Día

Año

Mes

Día

Área temática del curso *

6000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS *

SAFE920319M18-0005

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.

Instructor o tutor

Patrón o representante legal *

Representante de los trabajadores *

ING. JOSE EDUARDO DE LOS SANTOS FLORES

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

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.
- * 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
- * Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
- * Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- * Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
- * Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
- * Dato no obligatorio.



DC-3
ANVERSO



FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))

GARCIA TORAL GIRASOL AMIZADA

Clave Única de Registro de Población

G A T G 0 2 0 1 0 7 M V Z R R A 0

Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) *

034 INSTALACION Y MANTENIMIENTO

Puesto*

DATOS DE LA EMPRESA

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

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso

PRIMEROS AUXILIOS EN BEBES Y NIÑOS

Duración en horas

08

Periodo de ejecución:

De

Año

2

0

2

4

0

1

2

8

a

Año

2

0

2

4

0

1

2

8

Área temática del curso *

6000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS *

ING. FRANCISCO ARTURO CRUZ TOVAR

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.

Instructor o tutor

Patrón o representante legal *

Representante de los trabajadores *

ING. FRANCISCO ARTURO CRUZ TOVAR

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

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.

* 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

* Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores, firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

* Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Datos no obligatorios.



DC-3
ANVERSO



ICAD COATZACOALCOS

CONSTANCIA DE ACREDITACION



Girasol Amizadai Garcia Toral

Por completar satisfactoriamente el curso teórico-practico "PRIMEROS AUXILIOS EN BEBES Y NIÑOS " Impartido en la ciudad de Orizaba; Veracruz. Con una duración de 8 horas el 28 de enero 2024.

ING. JOSE EDUARDO DE LOS SANTOS FLORES

ADMINISTRADOR



ICAD COATZACOALCOS

CONSTANCIA DE ACREDITACION



Girasol Amizadai Garcia Toral

Por completar satisfactoriamente el curso teórico-practico "CONOCIMIENTOS BASICOS EN PRIMEROS AUXILIOS" Impartido en la ciudad de Orizaba; Veracruz. Con una duración de 8 horas el 27 de enero 2024.

ING. JOSE EDUARDO DE LOS SANTOS FLORES

ADMINISTRADOR



ICAD COATZACOALCOS

**CERTIFICATE OF
ACCREDITATION**



Sunflower Amizadai Garcia Toral

For successfully completing the theoretical-practical course "FIRST AID FOR BABIES AND CHILDREN" taught in the city of Orizaba; Veracruz. With a duration of 8 hours on January 28, 2024.

ENG. JOSE EDUARDO DE LOS SANTOS FLORES

ADMINISTRATOR



ICAD COATZACOALCOS

**CERTIFICATE OF
ACCREDITATION**



Sunflower Amizadai Garcia Toral

For successfully completing the theoretical-practical course "BASIC KNOWLEDGE IN FIRST AID" Taught in the city of Orizaba; Veracruz. With a duration of 8 hours on January 27, 2024.

ENG. JOSE EDUARDO DE LOS SANTOS FLORES

ADMINISTRATOR



FORMATO DC-3
CERTIFICATE OF COMPETENCES OR WORK SKILLS

WORKER DATA

Name (Write paternal surname, maternal surname and name(s))

GARCIA TORAL SUNFLOWER AMIZADA

Unique Population Registry Key

G A T G 0 2 0 1 0 7 M V Z R R R A 0

Specific occupation (National Catalogue of Occupations) *

03.4 INSTALLATION AND MAINTENANCE

Position

COMPANY DATA

Name or company name (In the case of a natural person, write the father's surname, mother's surname and name(s))

Federal Taxpayers Registry with homoclave (SHCP)

TRAINING, COACHING AND PRODUCTIVITY PROGRAM DATA

Course name

FIRST AID FOR BABIES AND CHILDREN

Duration in hours

08

Execution period:

De 2 0 2 4 0 1 2 8 a 2 0 2 4 0 1 2 8

Thematic area of the course *

6000 SECURITY

Name of the training agent or STPS *

ENG. FRANCISCO ARTURO CRUZ TOVAR

The data is recorded in this statement under protest of telling the truth, aware of the responsibility incurred by all who who does not conduct himself truthfully.

Instructor or tutor

Employer or legal representative *

Workers' representative *

ENG. FRANCISCO ARTURO CRUZ

TOVAR

Name and signature

Name and signature

Name and signature

INSTRUCTIONS

- Fill out by typewriter or in print.
- It must be delivered to the worker within twenty business days following the completion of the approved training course.
- The occupational areas and subareas of the National Occupational Catalogue are available on the back of this form and on the page www.alps.gob.mx
- The subject areas of the courses are available on the back of this form and on the page www.slps.gob.mx
- Courses taught by the competent area of the Ministry of Labor and Social Security.
- companies with less than 51 workers. For companies with more than 50 workers, the employer's representative before the Joint Training Committee, training and productivity.
- Only for companies with more than 50 employees.

*Non-mandatory information



DC-3
OBSERVE

**STPS**SECRETARY OF LABOR
AND SOCIAL SECURITY

DC-3 FORMAT

CERTIFICATE OF COMPETENCES OR WORK SKILLS

WORKER DATA

Name (Write down last name paterno, last name materno and name(s))

GARCIA TORAL SUNFLOWER AMIZADA

Unique Population Registry Key

G A T G 0 2 0 1 0 7 M V Z R R R A 0

Specific occupation (National Catalogue of Occupations)*

03.4 INSTALLATION AND MAINTENANCE

Position *

COMPANY DATA

Name or company name (In the case of a natural person, write the surname Palermo, mother's surname and name(s))

Federal Taxpayers Registry with homoclave (SHCP)

TRAINING, COACHING AND PRODUCTIVITY PROGRAM DATA

Course name

BASIC KNOWLEDGE IN FIRST AID

Duration in hours

08

Execution period:

Of

Day 202401207

to

Year

Month

Day

2

0

2

4

0

1

2

7

Thematic area of the course *

6000 SECURITY

Name of the training agent or STPS *

SAFE920319M18-0005

The data is recorded in this statement under protest of telling the truth, aware of the responsibility incurred by all

he who does not conduct himself truthfully.

Instructor or tutor

Employer or legal representative *

Workers' representative *

A.W.

ENG. JOSE EDUARDO DE LOS

SANTOS FLORES

Name and signature

Name and signature

Name and signature

INSTRUCTIONS

* Fill out by typewriter or in print.

It must be delivered to the worker within twenty business days following the completion of the approved training course.

* The occupational areas and subareas of the National Occupational Catalogue are available on the back of this form and on the website www.sps.gob.mx* The subject areas of the courses are available on the back of this form and on the website www.stps.gob.mx

* Courses taught by the competent area of the Ministry of Labor and Social Security.

* For companies with less than 61 employees. For companies with more than 50 employees, the representative would sign of the pattern before the Joint Training Commission, training and productivity.

* Only for companies with more than 50 employees.

* Non-mandatory information.

OPEN

DC-3
OBSERVE