



| DATOS PERSONALES | | | | | | |
|---------------------|-----|------------------|---------------------|-----------|---|--|
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRE(S) | | |
| CANCINO | | LÓPEZ | | ANA LUISA | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | | LUGAR DE NACIMIENTO | | | |
| AÑO | MES | DÍA | MUNICIPIO | ESTADO | PAÍS | |
| █ | █ | █ | █ | █ | █ | |
| NACIONALIDAD | | | ESTADO CIVIL | | SEXO | |
| █ | | | █ | | FEMENINO | |
| | | | | | FEM ENI NO <input checked="" type="checkbox"/> | |

| DOMICILIO PERSONAL (CALLE, NÚMERO EXT/INT, COLONIA) | | |
|---|-----------|--------|
| █ | | |
| CÓDIGO POSTAL | MUNICIPIO | ESTADO |
| █ | █ | █ |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| TELÉFONO PARTICULAR | CORREO ELECTRÓNICO |
| █ | █ |
| CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN | REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES |
| █ | █ |

Documentos aprobatorios que acompañan

1. Copia Simple de acta de nacimiento
2. CURP
3. Copia de la Cédula del RFC
4. Copia de último certificado de estudios.
5. Copia de la Identificación oficial con fotografía
6. Copia de Comprobante de Domicilio reciente
7. Copia de Licencia de Manejo Vigente
8. Certificado Medico
9. Carta de Antecedentes NO penales, expedida por la Fiscalía General del Estado de Guanajuato.
10. Copia de la cartilla del servicio Militar en el caso varones.
11. Dos Cartas de recomendación

DATOS LABORALES

| | |
|-----------------------------------|------------------|
| DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN | CATEGORÍA |
| S.E.G. SUPERVISIÓN ZONA 512 DEC | ADMINISTRATIVO |

| | | | | | |
|--|-----------------|--------------------|--------------|----------------------|--|
| PUESTO | | | NIVEL | | |
| | | | | | |
| ACTIVIDAD | | | | CARGA HORARIA | |
| DIRECTIVO | JEFE DE ÁREA | ADMINISTRAT IVO | OPERATIVO | | |
| | X | | | | |
| ¿PERCIBE ALGÚN INGRESO DE OTRO PATRÓN? | | | SI | NO | |

DATOS PERSONALES DE SALUD

| | | | | |
|-------------|---|--|-----------|--|
| EDAD | ¿HA ESTADO TEMPORALMENTE AUSENTE DE SU TRABAJO POR ENFERMEDAD? | | | |
| █ | SI | | NO | |

DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO

| | | | | | |
|-----------------------|--|--------------|--------------------------|------------------|-----------------|
| TIPO DE SANGRE | ¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL? | | | | |
| █ | MUY BUENA | BUENA | REG ULA R | MAL A | MUY MALA |

¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA?

SI **NO**

¿CUÁL?

¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?

SI **NO**

¿CUÁL Y POR QUÉ?

¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE?

SI **NO**

*DESCRIBA

USTED FUMA

SI **NO**

NO

| | | | |
|------------------------|----|----|--|
| USTED CONSUME ALCOHOL | SI | NO | |
| USTED PRACTICA DEPORTE | SI | NO | |
| *¿CON QUÉ FRECUENCIA? | | | |

DATOS ACADÉMICOS

GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO

| | | | |
|----------------------|---|--------------|--------|
| SIN ESTUDIOS | | NORMAL | |
| PRIMARIA | X | LICENCIATURA | TRUNCA |
| SECUNDARIA | X | ESPECIALIDAD | |
| BACHILLERATO | X | MAESTRÍA | |
| BACHILLERATO TÉCNICO | X | DOCTORADO | |
| TÉCNICO PROFESIONAL | | | |

NIVEL LICENCIATURA

| | | |
|-----------------|-------|-------------|
| TÍTULO OBTENIDO | FECHA | INSTITUCIÓN |
| | | |

NOMBRE OFICIAL DE LA LICENCIATURA:

NIVEL MAESTRÍA

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------|------------------|
| CURSANDO | | GRADO OBTENIDO | |
| NOMBRE OFICIAL DEL POSGRADO | | | |
| DISCIPLINA | | DURACIÓN | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO |
| | | | |

NIVEL DOCTORADO

| | | | |
|----------|--|----------------|--|
| CURSANDO | | GRADO OBTENIDO | |
| | | | |

Oficiales

Fidelium Vitae

Recomendación

Médico

| | | |
|-----------------------------|--|------------------|
| NOMBRE OFICIAL DEL POSGRADO | | |
| DISCIPLINA | | DURACIÓN |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | FECHA DE INICIO |
| | | FECHA DE TÉRMINO |

| HABILIDADES | | |
|-----------------------------|--|--|
| USO DE SISTEMAS Y PROGRAMAS | | |

| | | | | | |
|-------------|------------|---|----------------|------------|---|
| EXCEL | <u>100</u> | % | CORREO | | |
| WORD | <u>100</u> | % | ELECTRÓNICO | <u>100</u> | % |
| POWER POINT | <u>100</u> | | REDES SOCIALES | <u>70</u> | % |

| HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES | |
|---|--|
| MARCA SOBRE EL ESPACIO LAS HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES QUE TE CARACTERIZAN | |

| | | | |
|---------------------------------|----------|-------------------------|----------|
| EMPATÍA | <u>X</u> | CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN | <u>X</u> |
| LIDERAZGO | <u>X</u> | CREATIVIDAD | <u>X</u> |
| CAPACIDAD DE TRABAJAR EN EQUIPO | <u>X</u> | ORGANIZACIÓN | <u>X</u> |
| AUTOCONFIANZA | <u>X</u> | PERSUASIÓN | <u>X</u> |
| OPTIMISMO | <u>X</u> | FLEXIBILIDAD | <u>X</u> |

MANIFIESTO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CORROBORADOS CON LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE QUE OBRA EN MI PODER, Y ME COMPROMETO A LA ACTUALIZACIÓN DE ESTOS EN EL SUPUESTO DE QUE SE PRESENTE ALGUN CAMBIO.

LUGAR Y
FECHA:

MOROLEÓN, GTO. 15 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

NOMBRE Y FIRMA DEL
TRABAJADOR

C. ANA LUISA CASCINO LÓPEZ