

# FICHA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL



DATOS PERSONALES							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)			
ALFONSO		ZAMUDIO		LOPEZ			
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO				
AÑO	MES	DÍA	MUNICIPIO	ESTAD O	PAÍS		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
NACIONALIDAD			ESTADO CIVIL		SEXO		
[REDACTED]			[REDACTED]		MASCULINO	FEMENINO	
					X		
DOMICILIO PERSONAL (CALLE, NÚMERO EXT/INT, COLONIA)							
[REDACTED]							
CÓDIGO POSTAL		MUNICIPIO		ESTADO			
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]			
TELÉFONO PARTICULAR				CORREO ELECTRÓNICO			
[REDACTED]				[REDACTED]			
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN				REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES			
[REDACTED]				[REDACTED]			

**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

<b>DATOS LABORALES</b>	
DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN	CATEGORÍA

PUESTO				NIVEL	
ACTIVIDAD			CARGA HORARIA		
DIRECTIVO	JEFE DE ÁREA	AD MINI STR ATI VO	OPE RA TIV O		
X					
¿PERCIBE ALGÚN INGRESO DE OTRO PATRÓN?			SI	NO	

<b>DATOS PERSONALES DE SALUD</b>			
EDAD	¿HA ESTADO TEMPORALMENTE AUSENTE DE SU TRABAJO POR ENFERMEDAD?		
36	SI		NO

<b>DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO</b>											
TIPO DE SANGRE	¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?										
█	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">MU Y BUE NA</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">BU EN A</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">REGU LAR</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">MALA</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">MUY MALA</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	MU Y BUE NA	BU EN A	REGU LAR	MALA	MUY MALA					
MU Y BUE NA	BU EN A	REGU LAR	MALA	MUY MALA							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">NO</td> </tr> </table>		SI	NO							
	SI	NO									



CRÓNICO-DEGENERATIVA?			
¿CUÁL?			
¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?	SI	NO	
¿CUÁL Y POR QUÉ?			
¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE?	SI	NO	
*DESCRIBA			
USTED FUMA	SI	NO	
USTED CONSUME ALCOHOL	SI X	NO	
USTED PRACTICA DEPORTE	SI X	NO	
*¿CON QUÉ FRECUENCIA? <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>			

DATOS ACADÉMICOS			
GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO			
SIN ESTUDIOS		NORMAL	
PRIMARIA		LICENCIATURA ESPECIALIDAD	X
SECUNDARIA		MAESTRÍA	
BACHILLERATO		DOCTORADO	
BACHILLERATO TÉCNICO			
TÉCNICO PROFESIONAL			
NIVEL LICENCIATURA			
TÍTULO OBTENIDO	FECHA	INSTITUCIÓN	
X	30 /07 /2007	INS. SOR JUANA INES DE LACRUZ	
NOMBRE OFICIAL DE LA LICENCIATURA: LIC. EN EDUC. PRIMARIA			
NIVEL MAESTRÍA			
CURSANDO		GRADO OBTENIDO	

NOMBRE OFICIAL DEL POSGRADO		
DISCIPLINA		DURACIÓN
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
<b>NIVEL DOCTORADO</b>		
CURSANDO		GRADO OBTENIDO
NOMBRE OFICIAL DEL POSGRADO		
DISCIPLINA		DURACIÓN
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO

HABILIDADES					
<b>USO DE SISTEMAS Y PROGRAMAS</b>					
EXCEL	40	%	CORREO ELECTRÓNICO	70	%
WORD	70	%	REDES SOCIALES	70	%
POWER POINT	60				

HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES					
MARCA SOBRE EL ESPACIO LAS HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES QUE TE CARACTERIZAN					
EMPATÍA		X	CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN		X
LIDERAZGO		X	CREATIVIDAD		X
CAPACIDAD DE TRABAJAR EN EQUIPO		X	ORGANIZACIÓN		X

AUTOCONFIANZA  
OPTIMISMO

X  
X

PERSUASIÓN  
FLEXIBILIDAD

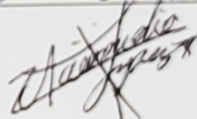
X  
X

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:

Moroleon Gto. A 17- Sep. 2021

NOMBRE Y FIRMA DEL  
TRABAJADOR

  
Alfonso Zamudio López

MUDIO LOPEZ ALFONSO