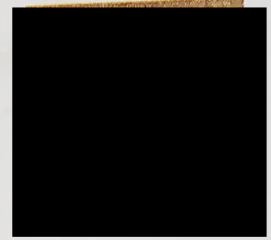


FICHA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL



DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
Cadenas			Núñez		Angélica Manuela	
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO			
AÑO	MES	DÍA	MUNICIPIO	ESTADO	PAÍS	
██████	██	██	██████	██████	██████	
NACIONALIDAD			ESTADO CIVIL		SEXO	
██████			██████		MASCULINO	<u>FEMENINO</u>

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
Instituto de la mujer	

PUESTO				NIVEL
Jefatura				
ACTIVIDAD				CARGA HORARIA
DIRECTIVO	JEFE DE ÁREA	ADMINISTRATIVO	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	¿COMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?				
■	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	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		
USTED CONSUME ALCOHOL	SI	NO		
USTED PRACTICA DEPORTE	SI	NO		
*¿CON QUÉ FRECUENCIA? Diario				

DATOS ACADÉMICOS			
GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO			
SIN ESTUDIOS		NORMAL	
PRIMARIA		LICENCIATURA	X
SECUNDARIA		ESPECIALIDAD	
BACHILLERATO		MAESTRÍA	X
BACHILLERATO TÉCNICO		DOCTORADO	
TÉCNICO PROFESIONAL			
NIVEL LICENCIATURA			
TÍTULO OBTENIDO	FECHA	INSTITUCIÓN	
Ingeniero biomedico	29-junio-2020	Universidad de la salle bajo	
NOMBRE OFICIAL DE LA LICENCIATURA: Lic en ingeniería biomedico			

NIVEL MAESTRÍA		
CURSANDO		GRADO OBTENIDO
X		
NOMBRE OFICIAL DEL POSGRADO		
Administración en institutos de salud		
DISCIPLINA		DURACIÓN
Administración		20 meses
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
Universidad de la salle bajo	18 de septiembre 2021	20 de Mayo 2023
NIVEL DOCTORADO		
CURSANDO		GRADO OBTENIDO
NOMBRE OFICIAL DEL POSGRADO		
DISCIPLINA		DURACIÓN
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO

HABILIDADES					
USO DE SISTEMAS Y PROGRAMAS					
EXCEL	80	%	CORREO		
WORD	100	%	ELECTRÓNICO	100	%
POWER			REDES SOCIALES	100	%
POINT	100				

HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES			
MARCA SOBRE EL ESPACIO LAS HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES QUE TE CARACTERIZAN			
EMPATÍA	X	CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN	X

LIDERAZGO
CAPACIDAD DE TRABAJAR EN
EQUIPO
AUTOCONFIANZA
OPTIMISMO

X
X
X
X

CREATIVIDAD

X

ORGANIZACIÓN

X

PERSUASIÓN

X

FLEXIBILIDAD

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:

Moroleón Gto

18/09/21

NOMBRE Y FIRMA DEL
TRABAJADOR

Angelica Manuela Cadenas Nuñez

CDENAS NUÑEZ ANGÉLICA

Documentos
Oficiales

Curriculum
Vital

Cartas de
Recomendación

Certificado
Matrícula

Contratos y

Financias y

Test de