

FICHA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL



DATOS PERSONALES					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
Martínez		Escutia		Raúl Rogelio	
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO		
AÑO	MES	DÍA	MUNICIPIO	ESTADO	PAÍS
████	██	██	██	██	████
NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL		SEXO	
████		████		MASCULINO	FEMENINO
				x	
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
Obra publica	

PUESTO				NIVEL	
Dirección					
ACTIVIDAD			CARGA HORARIA		
DIRECTIVO	JEFE DE ÁREA	ADM INIS TRA TIV O	OP ER ATI VO		
¿PERCIBE ALGÚN INGRESO DE OTRO PATRÓN?			SI	NO	X

DATOS PERSONALES DE SALUD			
EDAD	¿HA ESTADO TEMPORALMENTE AUSENTE DE SU TRABAJO POR ENFERMEDAD?		
45	SI		NO

DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO					
TIPO DE SANGRE	¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?				
ORH+	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
	X				
¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA?		SI	NO		
		NO			
¿CUÁL?					

- 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
Obra publica	

PUESTO				NIVEL	
Dirección					
ACTIVIDAD			CARGA HORARIA		
DIRECTIVO	JEFE DE ÁREA	ADM INIS TRA TIV O	OP ER ATI VO		
¿PERCIBE ALGÚN INGRESO DE OTRO PATRÓN?			SI	NO	X

DATOS PERSONALES DE SALUD			
EDAD	¿HA ESTADO TEMPORALMENTE AUSENTE DE SU TRABAJO POR ENFERMEDAD?		
45	SI		NO

DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO						
TIPO DE SANGRE		¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?				
ORH+		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
		X				
¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA?		SI	NO			
		NO				
¿CUÁL?						

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

### USO DE SISTEMAS Y PROGRAMAS

EXCEL	<u>80</u>	%	CORREO ELECTRÓNICO	<u>100</u>	%
WORD	<u>100</u>	%	REDES SOCIALES	<u>100</u>	%
POWER POINT	<u>100</u>				

### HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES

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

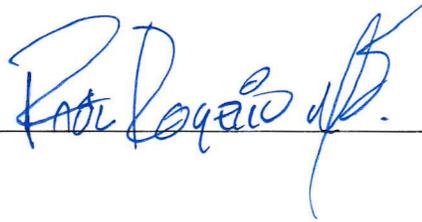
EMPATÍA	<u>X</u>	CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN	<u>    </u>
LIDERAZGO	<u>X</u>	CREATIVIDAD	<u>    </u>
CAPACIDAD DE TRABAJAR EN EQUIPO	<u>X</u>	ORGANIZACIÓN	<u>    </u>
AUTOCONFIANZA	<u>X</u>	PERSUASIÓN	<u>    </u>
OPTIMISMO	<u>X</u>	FLEXIBILIDAD	<u>    </u>

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

LUGAR Y  
FECHA:

MOROLEON , GTO

NOMBRE Y FIRMA DEL  
TRABAJADOR



17 SEP 2021