

FICHA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL



DATOS PERSONALES					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
LUCIO		ZAVALA		EVELYNJEZAREL	
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO		
AÑO	MES	DÍA	MUNICIPIO	ESTADO	PAÍS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
NACIONALIDAD			ESTADO CIVIL		SEXO
[REDACTED]			[REDACTED]		[REDACTED]
DOMICILIO PERSONAL (CALLE, NÚMERO EXT/INT, COLONIA)					
PIPILA #1454 A, COL: NIÑOS HEROES					
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

as de
Constancias y

Resultado de
test de

Documentos
Oficiales

Certificado

Contratos y

Curriculum
Vita

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
Fiscalia 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

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

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

DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO					
TIPO DE SANGRE	¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?				
A POSITIVO	MU Y BUE NA	BU EN A	REGU LAR	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? OCACIONES FAMILIARES				

DATOS ACADÉMICOS			
GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO			
SIN ESTUDIOS		NORMAL	
PRIMARIA		LICENCIATURA	
SECUNDARIA	X	ESPECIALIDAD	
BACHILLERATO		MAESTRÍA	
BACHILLERATO TÉCNICO		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	
NOMBRE OFICIAL DEL POSGRADO		
DISCIPLINA	DURACIÓN	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO

HABILIDADES			
USO DE SISTEMAS Y PROGRAMAS			

EXCEL	80	%	CORREO ELECTRÓNICO	100	%
WORD	100	%	REDES SOCIALES	100	%
POWER POINT	90				

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

AUTOCONFIANZA

X

OPTIMISMO

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:

NOMBRE Y FIRMA DEL
TRABAJADOR

Evelyn Jezarel Lucio Zavala
Jezarel Lucio