

# FICHA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL



DATOS PERSONALES						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		
VELÁZQUEZ		ARIZPE		ÁNGELA MARÍA		
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

Curriculum

Cartas de  
Mandato de  
Identificación

Tratos y  
Conocimientos

Constancias y  
test de  
Personalidad

Resumen de

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

PUESTO				NIVEL
ACTIVIDAD				CARGA HORARIA
DIRECTIVO	JEFE DE ÁREA	AD MINI STR ATI VO	OP ER ATI VO	
¿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?					
	<table border="1"> <tr> <td>MU Y BUE NA</td> <td>BU EN A</td> <td>REGU LAR</td> <td>MALA</td> <td>MUY MALA</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		



¿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? <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>			

DATOS ACADÉMICOS			
GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO			
SIN ESTUDIOS		NORMAL	X
PRIMARIA	X	LICENCIATURA	X
SECUNDARIA	X	ESPECIALIDAD	
BACHILLERATO		MAESTRÍA	
BACHILLERATO TÉCNICO		DOCTORADO	
TÉCNICO PROFESIONAL			
NIVEL LICENCIATURA			
TÍTULO OBTENIDO	FECHA	INSTITUCIÓN	
LICENCIADA	DICIEMBRE 2011	ITESM CAMPUS QUERÉTARO	
NOMBRE OFICIAL DE LA LICENCIATURA: LIC EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN			

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	50	%	CORREO		
WORD	100	%	ELECTRÓNICO	100	%
POWER			REDES SOCIALES	100	%
POINT	100				
HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES					
MARCA SOBRE EL ESPACIO LAS HABIADDES SOCIALES Y PROFESIONALES QUE TE CARACTERIZAN					



EMPATIA	<u>X</u>
LIDERAZGO	<u>X</u>
CAPACIDAD DE TRABAJAR EN EQUIPO	<u>X</u>
AUTOCONFIANZA	<u>X</u>
OPTIMISMO	<u>X</u>

CAPACIDAD DE ADAPTACION	<u>X</u>
CREATIVIDAD	<u>X</u>
ORGANIZACION	<u>X</u>
PERSUASION	<u>X</u>
FLEXIBILIDAD	<u>X</u>

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

LUGAR Y FECHA:	MOROLE ON	GTO	24 SEP 21
----------------	--------------	-----	--------------

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

ANGELA  
MARIA  
VELAZQU  
EZ  
ARIZPE

