

FICHA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL



**DATOS PERSONALES**

<b>APELLIDO PATERNO</b>			<b>APELLIDO MATERNO</b>		<b>NOMBRE(S)</b>	
Moreno			Navarrete		Marco Antonio	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>			
<b>AÑO</b>	<b>MES</b>	<b>DÍA</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>ESTADO</b>	<b>PAÍS</b>	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
<b>NACIONALIDAD</b>			<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>SEXO</b>	
[REDACTED]			[REDACTED]		MASCULINO	FEMENINO
					X	

**DOMICILIO PERSONAL (CALLE, NÚMERO EXT/INT, COLONIA)**

[REDACTED]		
<b>CÓDIGO POSTAL</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>ESTADO</b>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

**TELÉFONO PARTICULAR**

**CORREO ELECTRÓNICO**

[REDACTED]	[REDACTED]
------------	------------

**CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN**

**REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES**

[REDACTED]	[REDACTED]
------------	------------

## DATOS LABORALES

<b>DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN</b>		<b>CATEGORÍA</b>		
<b>PUESTO</b>			<b>NIVEL</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>		<b>CARGA HORARIA</b>		
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

<b>EDAD</b>	<b>¿HA ESTADO TEMPORALMENTE AUSENTE DE SU TRABAJO POR ENFERMEDAD?</b>		
[REDACTED]	SI	NO	

## DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO

<b>TIPO DE SANGRE</b>	<b>¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?</b>				
[REDACTED]	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

DEPENDENCIA DE ATRIBUCIÓN

CATEGORÍA

DATOS LABORALES

¿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?			

DATOS ACADÉMICOS			
<b>GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO</b>			
SIN ESTUDIOS		NORMAL	
PRIMARIA		LICENCIATURA	
SECUNDARIA	X	ESPECIALIDAD	
BACHILLERATO		MAESTRÍA	
BACHILLERATO TÉCNICO		DOCTORADO	
TÉCNICO PROFESIONAL			
<b>NIVEL LICENCIATURA</b>			
TÍTULO OBTENIDO	FECHA	INSTITUCIÓN	
NOMBRE OFICIAL DE LA LICENCIATURA:			
<b>NIVEL MAESTRÍA</b>			
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

### USO DE SISTEMAS Y PROGRAMAS

EXCEL	<u>80</u> %	CORREO ELECTRÓNICO	<u>90</u> %
WORD	<u>90</u> %	REDES SOCIALES	<u>70</u> %
POWER POINT	<u>50</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>X</u>
LIDERAZGO	<u>      </u>	CREATIVIDAD	<u>      </u>
CAPACIDAD DE TRABAJAR EN EQUIPO	<u>X</u>	ORGANIZACIÓN	<u>X</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 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:

Moro Leon Gto 21 de Septiembre del 2021

NOMBRE Y FIRMA DEL  
TRABAJADOR

Marco Antonio Moreno Navarrete

