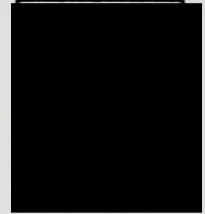


FICHA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL



DATOS PERSONALES						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		
ALVAREZ		GONZALEZ		LUIS JORGE		
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

DATOS LABORALES	
DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN	CATEGORÍA

PUESTO				NIVEL
ACTIVIDAD				CARGA HORARIA
DIRECTIVO	JEFE DE ÁREA	ADMINISTRATIVO	OPERATIVO	
¿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>MUY BUENA</td> <td>BUE NA</td> <td>REGULAR</td> <td>MALA</td> <td>MUY MALA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	MUY BUENA	BUE NA	REGULAR	MALA	MUY MALA					
MUY BUENA	BUE NA	REGULAR	MALA	MUY MALA							
¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA?											
<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO								
SI	NO										

¿CUÁL?			
¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?	SI	NO	
¿CUÁL Y POR QUÉ? TIROIDES			
¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE?	SI	NO	
*DESCRIBA			
USTED FUMA	SI	NO	
USTED CONSUME ALCOHOL	SI	NO	
USTED PRACTICA DEPORTE	SI	NO	
*¿CON QUÉ FRECUENCIA? REGULARMENTE			

DATOS ACADÉMICOS			
GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO			
SIN ESTUDIOS		NORMAL	
PRIMARIA	X	LICENCIATURA	X
SECUNDARIA	X	ESPECIALIDAD	
BACHILLERATO	X	MAESTRÍA	X
BACHILLERATO TÉCNICO		DOCTORADO	
TÉCNICO PROFESIONAL			
NIVEL LICENCIATURA			
TÍTULO OBTENIDO	FECHA	INSTITUCIÓN	
Ingeniero Civil	Agosto 1996	UMSNH	
NOMBRE OFICIAL DE LA LICENCIATURA: Ingeniero Civil			
NIVEL MAESTRÍA			
CURSANDO		GRADO OBTENIDO	
X		X	
NOMBRE OFICIAL DEL POSGRADO			
M. EN INFRAESTRUCTURA DEL TRASPORTE EN LA RAMA DE LAS VIAS TERRESTRES			

DISCIPLINA		DURACIÓN	
INFRAESTRUCTURA DEL TRASPORTE		2 AÑOS	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
UMSNH		Agosto 2005	Agosto 2008
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	95	%	
WORD	95	%	
POWER POINT	95		
CORREO ELECTRÓNICO	95	%	
REDES SOCIALES	85	%	

HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES			
MARCA SOBRE EL ESPACIO LAS HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES QUE TE CARACTERIZAN			
EMPATÍA		CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN	X
LIDERAZGO		CREATIVIDAD	X
CAPACIDAD DE TRABAJAR EN EQUIPO	X	ORGANIZACIÓN	X
AUTOCONFIANZA	X	PERSUASIÓN	
OPTIMISMO	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:

Moroleon Guanajuato 28/Sep/21

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR
