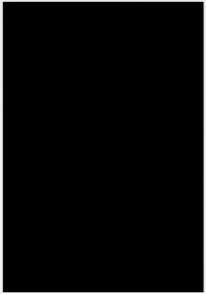


# FICHA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL



## DATOS PERSONALES

|                            |            |                         |                            |                  |                       |
|----------------------------|------------|-------------------------|----------------------------|------------------|-----------------------|
| <b>APELLIDO PATERNO</b>    |            | <b>APELLIDO MATERNO</b> |                            | <b>NOMBRE(S)</b> |                       |
| ZAVALA                     |            | GUZMAN                  |                            | FRANCISCO JAVIER |                       |
| <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>           |
| █                          | █          | █                       | █                          | █                | █                     |
| <b>NACIONALIDAD</b>        |            |                         | <b>ESTADO CIVIL</b>        |                  | <b>SEXO</b>           |
| █                          |            |                         | █                          |                  | MASCULINO<br>FEMENINO |
|                            |            |                         |                            |                  | X                     |

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

|                      |                  |               |
|----------------------|------------------|---------------|
| █                    |                  |               |
| <b>CÓDIGO POSTAL</b> | <b>MUNICIPIO</b> | <b>ESTADO</b> |
| █                    | █                | █             |

|                                             |                                           |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>TELÉFONO PARTICULAR</b>                  | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>                 |
| █                                           | █                                         |
| <b>CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN</b> | <b>REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES</b> |
| █                                           | █                                         |

### 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.

¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?

|           |       |         |      |          |
|-----------|-------|---------|------|----------|
| MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA |
|           |       |         |      |          |

## 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<br>ÁREA | AD<br>MINI<br>STR<br>ATI<br>VO | OP<br>ER<br>ATI<br>VO |                      |  |              |  |
|                                       |                 |                                |                       |                      |  |              |  |
| PERCIBE ALGÚN INGRESO DE OTRO PATRÓN? |                 |                                | <b>SI</b>             |                      |  | <b>NO</b>    |  |

## DATOS PERSONALES DE SALUD

|             |                                                                       |  |           |  |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|
| <b>EDAD</b> | <b>¿HA ESTADO TEMPORALMENTE AUSENTE DE SU TRABAJO POR ENFERMEDAD?</b> |  |           |  |
| ■           | <b>SI</b>                                                             |  | <b>NO</b> |  |
|             |                                                                       |  |           |  |

## DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO

|                       |                                                                    |                        |                     |             |                 |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|-------------|-----------------|
| <b>TIPO DE SANGRE</b> | <b>¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?</b> |                        |                     |             |                 |
|                       | <b>MU<br/>Y<br/>BUE<br/>NA</b>                                     | <b>BU<br/>EN<br/>A</b> | <b>REGULA<br/>R</b> | <b>MALA</b> | <b>MUY MALA</b> |
|                       |                                                                    |                        |                     |             |                 |



|                             |  |                 |                  |
|-----------------------------|--|-----------------|------------------|
| 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 |

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

FRANCISCO JAVIER ZAVALA GUZMAN

### HABILIDADES

#### USO DE SISTEMAS Y PROGRAMAS

|             |    |   |                |    |   |
|-------------|----|---|----------------|----|---|
| EXCEL       | 80 | % | CORREO         | 90 | % |
| WORD        | 90 | % | ELECTRÓNICO    | 90 | % |
| POWER POINT | 90 |   | REDES SOCIALES | 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 | ORGANIZACIÓN            | X |

AUTOCONFIANZA  
OPTIMISMO

X  
X

PERSUASIÓN  
FLEXIBILIDAD

X  
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 A 14 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

NOMBRE Y FIRMA DEL  
TRABAJADOR

FRANCISCO JAVIER ZAVALA GUZMAN

