



DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
Gutiérrez			Herrera		Ma. Teresa	
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO			
AÑO	MES	DÍA	MUNICIPIO	ESTAD O	PAÍS	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
NACIONALIDAD			ESTADO CIVIL		SEXO	
[REDACTED]			[REDACTED]		MASCULINO	FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/>

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

[REDACTED]			[REDACTED]		
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]

DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO

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

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

BU Y	EN LA	REGI LAR	MALA	MUY MALA
---------	----------	-------------	------	----------

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	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?		
49	SI		NO

DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO

TIPO DE SANGRE	¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?				
A ⁺ RH NEGATIVO	MU Y BUE NA	BU EN A	REGU LAR	MALA	MUY MALA
		✓			

NIVEL MAESTRÍA

¿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?			

DATOS ACADÉMICOS

GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO

SIN ESTUDIOS		NORMAL
PRIMARIA		LICENCIATURA
SECUNDARIA		ESPECIALIDAD
BACHILLERATO		MAESTRÍA
BACHILLERATO TÉCNICO	CARRERA COMERCIAL CONTADOR PRIVADO	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

FECHA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

HABILIDADES**USO DE SISTEMAS Y PROGRAMAS**

EXCEL	_____ %	CORREO ELECTRÓNICO	_____ %
WORD	_____ %	REDES SOCIALES	_____ %
POWER POINT	_____		

HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES

MARCA SOBRE EL ESPACIO LAS HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES QUE TE CARACTERIZAN

EMPATÍA	_____	CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN	_____
---------	-------	-------------------------	-------