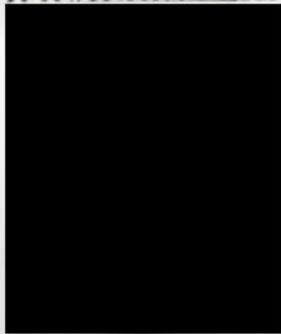


FICHA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL



DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
ZAMUDIO			GAYTAN		ARTURO	
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO			
AÑO	MES	DÍA	MUNICIPIO	ESTADO	PAÍS	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
NACIONALIDAD			ESTADO CIVIL		SEXO	
[REDACTED]			[REDACTED]		MASCULINO	FEMENINO
					X	

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

[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]

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	AD MINI STR ATI VO	OPE RA TIV O		
¿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?				
██████	MU Y BUE NA	BU EN A	REGU LAR	MALA	MUY MALA
			SI		NO

¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA?						
¿CUÁL?						
¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?			SI	NO		
¿CUÁL Y POR QUÉ? EUTIROX, POR HIPOTIROIDISMO						
¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE?			SI	NO		
*DESCRIBA						
USTED FUMA	SI	NO				
USTED CONSUME ALCOHOL	SI	NO				
USTED PRACTICA DEPORTE	SI	NO				
*¿CON QUÉ FRECUENCIA? XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						

DATOS ACADÉMICOS

GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO

SIN ESTUDIOS		NORMAL	
PRIMARIA		LICENCIATURA	X
SECUNDARIA		ESPECIALIDAD	
BACHILLERATO		MAESTRÍA	
BACHILLERATO TÉCNICO		DOCTORADO	
TÉCNICO PROFESIONAL			

NIVEL LICENCIATURA

TÍTULO OBTENIDO	FECHA	INSTITUCIÓN
MÉDICO	1980	UMSNH

NOMBRE OFICIAL DE LA LICENCIATURA: MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

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 _____ %
WORD 100 %
POWER
POINT _____

CORREO
ELECTRÓNICO 100 %
REDES SOCIALES 100 %

HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES

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

EMPATÍA X
LIDERAZGO X
CAPACIDAD DE TRABAJAR EN EQUIPO X

CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN X
CREATIVIDAD X
ORGANIZACIÓN X

AUTOCONFIANZA
OPTIMISMO

X
X

PERSUASIÓN
FLEXIBILIDAD

X
X

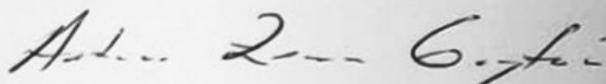
MANIFIESTO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CORROBORADOS CON LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE QUE OBRA EN MI PODER, Y ME COMPROMETO A LA ACTUALIZACIÓN DE ESTOS EN EL SUPUESTO DE QUE SE PRESENTE ALGUN CAMBIO.

LUGAR Y

FECHA:

MOROLEÓN, GTO. 27 DE AGOSTO DE 2021

NOMBRE Y FIRMA DEL
TRABAJADOR



DR. ARTURO ZAMUDIO GAYTAN