

EL PRESENTE FORMATO, ES CON EL OBJETO DE ACTUALIZAR EL CENSO DE RECURSOS HUMANOS DE LA INSTITUCIÓN, EL CUAL PERMITIRÁ MEJORAR LOS SERVICIOS EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO, DEL PERSONAL, DEBE SER LLENADO UTILIZANDO TINTA NEGRA Y LETRA DE MOLDE.

NOTA: SE SOLICITA ABSOLUTA SERIEDAD, CUBRIENDO LA TOTALIDAD DE LOS CAMPOS DE LLENADO QUE EL PRESENTE FORMA REQUIERE, SUS DATOS SERÁN CONFIDENCIALES.

| IDENTIFICACIÓN LABORAL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|----------------------|----|----|------------------|----|----|
| NO. EMPLEADO | 141433 | | | CURP | MOCC77010104FRM1702 | | | R.F.C. | MOCC770105B4 | | | | | | | | |
| NOMBRE | María del Carmen Tamara Morales Camargo | | | | | | | NIVEL | | | | | | | | | |
| AREA DE ADSCRIPCION | Junta Distrital Ejecutiva 20 Ciudad Nezahualcoatl | | | | | | | RADICACION | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL PUESTO | Operador de Equipo Tecnológico | | | | | | | CODIGO | HP27672 | | | | | | | | |
| CÓRREO ELECTRÓNICO | Carmen.morales@ine.mx | | | | | | | REGIMEN DE CONTRATACION | Horario Permanente | | | | | | | | |
| NO. DE TELÉFONO | 57-12-47-05 | | | | | | | EXTENSION | | | | | | | | | |
| DOMICILIO INSTITUCIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CALLE Y NUMERO | Calle 19 No. 42 | | | | COLONIA | Campestre Guadalupeana | | | | | | | | | | | |
| DELEGACION Y MUNICIPIO | Nezahualcoatl | | | | CÓDIGO POSTAL | 57120 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FEDERATIVA | México | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXPERIENCIA LABORAL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INICIATIVA PRIVADA | <input checked="" type="checkbox"/> | | INDEPENDIENTE | <input type="checkbox"/> | | GOBIERNO FEDERAL | <input checked="" type="checkbox"/> | | GOBIERNO ESTATAL | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| GOBIERNO MUNICIPAL | <input type="checkbox"/> | | ORGANIZACIONES SOCIALES | <input type="checkbox"/> | | ORGANIZACIONES NO SOCIALES | <input type="checkbox"/> | | OTRO | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| DESCRIBA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AREA DE MAYOR EXPERIENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN PERSONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEXO: | H | <input checked="" type="checkbox"/> | ESTADO CIVIL | SOLTERO(A) | <input checked="" type="checkbox"/> | CASADO (A) | <input type="checkbox"/> | TELÉFONO DE CASA: | 57-83-23-44 | | TELÉFONO CELULAR: | 5535823678 | | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL | | | | | | | | DEPENDIENTES ECONÓMICOS | | | | | | | | | |
| DOMICILIO PARTICULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CALLE Y NUMERO | Valle de Arato No 136 | | | | COLONIA | Valle de Aragón Pte | | | | | | | | | | | |
| DELEGACION Y MUNICIPIO | Nezahualcoatl | | | | CÓDIGO POSTAL | 57100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FEDERATIVA | México | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DESCENDIENTES - HIJOS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO. | NOMBRE | | | | FECHA DE NAC. DIA / MES / AÑO | | FOLIO DEL ACTA DE NACIMIENTO | | SEXO | | | | | | | | |
| 1 | Ignacio Chin Morales | | | | 27/08/2004 | | 4X262777982 | | H | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN ACADÉMICA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NO. | NIVEL ACADÉMICO | INSTITUCIÓN EDUCATIVA | NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD O CARRERA | AÑOS CUARSADOS | CICLO | DOCUMENTO OBTENIDO | NO. DE CÉDULA | INICIO | TERMINO | | | | | | | | |
| 01.- | Bachillerato | Unidad | Banco en Informática | 3 | | Certificado | | 2013 | 2016 | | | | | | | | |
| 02.- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03.- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04.- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05.- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06.- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07.- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08.- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN MÉDICA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿USA LENTES? | | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿USA APARATO AUDITIVO? | | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿USA PRÓTESIS DENTALES? | | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿USA ALGÚN OTRO TIPO DE PRÓTESIS? | | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿CUAL? | | | | | | | | | | | | | |
| INDIQUE SU TIPO DE SANGRE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿HA RECIBIDO TRANSFUSIÓN DE SANGRE? | | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿USTED FUMA? | | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿QUE TIPO DE ALERGIAS TIENE? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIABETES | SI | NO | HIPERTENSION | SI | NO | CANCER | SI | NO | MUSCULO ESQUELÉTICO | SI | NO | ALERGIAS | SI | NO | CARDIOVASCULARES | SI | NO |
| ENDOCRINAS | SI | NO | GASTROINTESTINALES | SI | NO | INFECCIOSAS | SI | NO | NEUROLÓGICAS | SI | NO | OTORRINOLARINGOLOGAS | SI | NO | RESPIRATORIAS | SI | NO |
| INFECCIOSAS | SI | NO | AUTOIMUNE | SI | NO | UROLOGICAS | SI | NO | OPTALMO. LÓGICAS | SI | NO | DERMATOLÓGICAS | SI | NO | OTRO | SI | NO |
| DESCRIBA | | | | | | | | | | | | | | | | | |