

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:				CURP				R.F.C.																											
NOMBRE:												NIVEL:																							
AREA DE ADSCRIPCIÓN:												RADICACIÓN:																							
NOMBRE DEL PUESTO:												CODIGO:																							
CÓRREO ELECTRÓNICO:												REGIMEN DE CONTRATACIÓN:																							
NO. DE TELÉFONO												EXTENSIÓN:																							
DOMICILIO INSTITUCIONAL																																			
CALLE Y NUMERO:								COLONIA:																											
DELEGACION Y/O MUNICIPIO:								CÓDIGO POSTAL:																											
ENTIDAD FEDERATIVA:																																			
EXPERIENCIA LABORAL																																			
INICIATIVA PRIVADA:				INDEPENDIENTE				GOBIERNO FEDERAL:				GOBIERNO ESTATAL:																							
GOBIERNO MUNICIPAL:				ORGANIZACIONES SOCIALES:				ORGANIZACIONES NO SOCIALES:				OTRO:																							
DESCRIBA:																																			
AREA DE MAYOR EXPERIENCIA:																																			
INFORMACIÓN PERSONAL																																			
SEXO:		H		M		ESTADO CIVIL:		SOLTERO (A)		CASADO (A)		TELÉFONO DE CASA:				TELÉFONO CELULAR:																			
CORRERO ELECTRÓNICO PERSONAL:								DEPENDIENTES ECONÓMICOS:																											
DOMICILIO PARTICULAR																																			
CALLE Y NUMERO:								COLONIA:																											
DELEGACION Y/O MUNICIPIO:								CÓDIGO POSTAL:																											
ENTIDAD FEDERATIVA:																																			
DATOS DESCENDIENTES - HIJOS																																			
NO.	NOMBRE						FECHA DE NAC. DIA / MES / AÑO:				FOLIO DEL ACTA DE NACIMIENTO:				SEXO:																				
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																			
NO.	NIVEL ACADEMICO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA:		NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD O CARRERA:		AÑOS CUARSADOS:		CICLO:		DOCUMENTO OBTENIDO		NO. DE CÉDULA:		INICIO:		TERMINO:																		
01.-																																			
02.-																																			
03.-																																			
04.-																																			
05.-																																			
06.-																																			
07.-																																			
08.-																																			
INFORMACIÓN MÉDICA																																			
¿USA LENTES?:		SI		NO																															
¿USA APARATO AUDITIVO?:		SI		NO																															
¿USA PRÓTESIS DENTALES?:		SI		NO																															
¿USA ALGÚN OTRO TIPO DE PRÓTESIS?		SI		NO		¿CUAL?																													
INDIQUE SU TIPO DE SANGRE:																																			
¿HA RECIBIDO TRANSFUSIÓN DE SANGRE?		SI		NO																															
¿USTED FUMA?:		SI		NO																															
¿QUE TIPO DE ALERGIAS TIENE?:																																			
DIABETES:		SI		NO		HIPERTENSION:		SI		NO		CANCER:		SI		NO		MUSCULO ESQUELÉTICO		SI		NO		ALERGICAS		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		AUTOINMUNE		SI		NO		UROLÓGICAS		SI		NO		OFTALMOLÓGICAS		SI		NO		DERMATOLÓGICAS		SI		NO		OTRO		SI		NO	
DESCRIBA																																			



INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE PERSONAL
SUBDIRECCIÓN DE RELACIONES Y PROGRAMAS LABORALES
CENSO DE RECURSOS HUMANOS

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.

INFORMACIÓN DE CONTACTO				
NOMBRE DEL CONTACTO				
PARENTESCO		TELÉFONO		CELULAR

MEDICAMENTOS				
NO.	MEDICAMENTO	ENFERMEDAD QUE CONTROLA	DISIS	HORARIO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FECHA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO