

## DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE No. <b>8404 780726</b>	SEGURO SOCIAL No. <b>92 9678 7840 6</b>	CARTILLA SERVICIO MILITAR No.	CREDENCIAL ELECTOR No. <b>028747955481</b>
LICENCIA DE MANEJO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NUMERO DE LICENCIA Y CLASE <b>DF00180103 FEDERAL B</b>	SI UD. ES EXTRANJERO QUE DOCTO. LE PERMITE TRABAJAR EN EL PAIS	PASAPORTE No.
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <b>441017181012641DFLCLN05</b>			AFORE No.

## INFORMACIÓN ECONÓMICA

¿TIENE USTED OTROS INGRESOS? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DESCRIBALOS	IMPORTE MENSUAL \$
¿SU CONYUGE TRABAJA? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> LUGAR	PERCEPCIÓN MENSUAL \$
¿VIVE EN CASA PROPIA? NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> DESCRIBALOS	VALOR APROXIMADO \$ <b>150.000</b>
¿PAGA RENTA? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DESCRIBALOS	RENTA MENSUAL \$
¿TIENE AUTOMOVIL? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MARCA	MODELO
¿TIENE DEUDAS? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿CON QUIEN?	IMPORTE \$
¿CUANTO ABONA MENSUALMENTE? \$	
¿A CUANTO ASCIENDE SUS GASTOS MENSUALES? \$ <b>4500 A 5000</b>	

## DATOS GENERALES

¿COMO SUPO DE ESTE EMPLEO? ANUNCIO <input type="checkbox"/> OTRO MEDIO <input type="checkbox"/> ANOTELO
¿TIENE PARIENTES TRABAJANDO EN ESTA EMPRESA? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ANOTELO
¿HA ESTADO AFIANZADO? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NOMBRE DE LA CIA.
¿HA PERTENECIDO A ALGÚN SINDICATO? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿A CUAL?
¿TIENE SEGURO DE VIDA? NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NOMBRE DE LA CIA. SUMA ASEGURADA \$
¿TIENE DISPONIBILIDAD DE VIAJAR? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> RAZONES
¿CAMBIARÍA SU LUGAR DE RESIDENCIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> RAZONES
¿FECHA EN QUE PODRÍA EMPEZAR A TRABAJAR? <b>DE INMEDIATO</b>

## HÁBITOS PERSONALES Y ESTADO DE SALUD

¿COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL? BUENA <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/>	¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> EXPLIQUE	¿ESTA USTED EMBARAZADA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL	¿PERTENECE A ALGÚN CLUB SOCIAL O DEPORTIVO?	¿CUAL ES SU PASATIEMPO FAVORITO? <b>ESCUCHAR MUSICA</b>
¿CUAL ES SU META EN LA VIDA? <b>Lograr superarme cada dia en todo aspecto.</b>		

## DATOS FAMILIARES

NOMBRE	VIVE	FINADO	DOMICILIO	OCUPACIÓN
PADRE <b>MIGUEL A. GALVAN MARTINEZ</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ATIZAPAN</b>	<b>OBRERO</b>
MADRE <b>SANTOS OCHOA GONZALEZ</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>GRD-VICTORIA #19 E. ZAPATA</b>	<b>HOYAR</b>
ESPOSO (A) <b>FRANK VILATO GONZALEZ</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>GRD-VICTORIA #19 E. ZAPATA</b>	<b>HOYAR</b>
NOMBRE Y EDADES DE LOS HIJOS <b>ALEX 16, BRIAN 15, KEVIN 9, MIGUEL ANGEL 5 AÑOS.</b>				

## REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO	OCUPACIÓN	TIEMPO DE CONOCERLO
<b>CANDILARIA DOMÍNGUEZ</b>	<b>BELIZARIO DOMÍNGUEZ 2</b>			
<b>CANDILARIA DOMÍNGUEZ</b>	<b>EMILIANO ZAPATA</b>	<b>21-64-40-65</b>	<b>HOYAR</b>	<b>15 AÑOS</b>
<b>CANDILDA LOPEZ SANCHEZ</b>	<b>BELIZARIO DOMÍNGUEZ 20</b>			
	<b>L. 19</b>	<b>21-65-11-07</b>	<b>HOYAR</b>	<b>10 AÑOS</b>
<b>MARIA OCAÑO COSTILLA</b>	<b>GRD-VICTORIA 17</b>			
	<b>AMP. EMILIANO ZAPATA</b>	<b>21-64-58-06</b>	<b>HOYAR</b>	<b>13 AÑOS.</b>

## OBSERVACIONES

## COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR

DECLARO QUE LOS DATOS ASENTADOS SON CORRECTOS Y AUTORIZO A LA EMPRESA PARA QUE LOS COMPRUEBE A SU ENTERA SATISFACCIÓN

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL SOLICITANTE

**JUAN MIGUEL GALVAN OCHOA**