

FICHA DE INTEGRACIÓN DE DATOS

Número de nómina:

DATOS GENERALES		
NOMBRE COMPLETO:		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
LUGAR DE NACIMIENTO:	*FECHA DE NACIMIENTO:	
*SEXO:	CURP:	RFC:
DOMICILIO:		
CÓDIGO POSTAL:		
*ESTADO CIVIL O CONYUGAL:	SOLTERO/A ☐	CASADO/A ☐
	UNIÓN LIBRE ☐	VIUDO/A ☐
	DIVORCIADO/A ☐	
TEL. CASA:	TELÉFONO CEL:	EMAIL:

FORMACIÓN ACADÉMICA		
ESCOLARIDAD:	SECUNDARIA ☐	BACHILLERATO ☐
	CARRERA TÉCNICA ☐	
LICENCIATURA EN:	MAESTRÍA EN:	DOCTORADO EN:
DOCUMENTO QUE AVALA:	TÍTULO ☐	CÉDULA ☐
	CERTIFICADO ☐	ACTA DE EXAMÉN ☐
No DE CÉDULA:	NÚMERO DEL PADRÓN DE PROFESIONISTAS:	
ESTUDIA ACTUALMENTE:	SI ☐	NO ☐
	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	GRADO
CARRERA:	PERIODO:	DURACIÓN DE LA CARRERA:

EXPERIENCIA LABORAL		
¿CUENTA CON TRAYECTORIA LABORAL?	SI ☐	NO ☐
No DE AÑOS:	DOCUMENTO QUE AVALA:	
¿SE ENCUENTRA LABORANDO ACTUALMENTE?	SI ☐	NO ☐
¿DÓNDE?		
¿EL TRABAJO QUE REALIZA ACTUALMENTE TIENE RELACIÓN CON SU PROFESIÓN?	SI ☐	NO ☐
INICIAR POR EL MAS RECIENTE		
1. NOMBRE DE LA EMPRESA:	PERIODO	A
PUESTO:	ÁREA:	SUELDO:
JEFE/A INMEDIATO/A:	PUESTO:	TELÉFONO:
MOTIVO DE SEPARACIÓN:		
2. NOMBRE DE LA EMPRESA:	PERIODO	A
PUESTO:	ÁREA:	SUELDO:
JEFE/A INMEDIATO/A:	PUESTO:	TELÉFONO:
MOTIVO DE SEPARACIÓN:		

EXPERIENCIA DOCENTE		
¿CUENTA CON TRAYECTORIA DOCENTE?	SI ☐	NO ☐
AÑOS DE EXPERIENCIA:	¿IMPARTE CLASES ACTUALMENTE?	
	SI ☐	NO ☐
NIVEL EDUCATIVO:	BÁSICA ☐	MEDIA SUPERIOR ☐
	SUPERIOR ☐	POSGRADOS ☐
SITUACIÓN EN EL TRABAJO RELACIONADO CON SU EJERCICIO PROFESIONAL:		
CON TRABAJO ACTUAL FUERA DE LA UNIVERSIDAD.	SI ☐	NO ☐
¿CUÁL?		
SIN TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS FUERA DE LA UNIVERSIDAD.	SI ☐	NO ☐
¿CUÁL?		
SIN TRABAJO MÁS DE TRES AÑOS FUERA DE LA UNIVERSIDAD.	SI ☐	NO ☐
¿CUÁL?		

FICHA DE INTEGRACIÓN DE DATOS

CONOCIMIENTOS		
AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL:	DOCUMENTO QUE LO AVALA:	
PAQUETES DE COMPUTACIÓN QUE DOMINA:		
LENGUAJES DE COMPUTACIÓN QUE DOMINA:		
*INGLÉS:	DOCUMENTO QUE LO AVALA:	NIVEL DE DOMINIO:
*OTRO IDIOMA:	DOCUMENTO QUE LO AVALA:	NIVEL DE DOMINIO:
*LENGUA INDÍGENA	SI ☐ NO ☐	¿CUÁL?

OTROS DATOS		
¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN DE USTED? _____ PARENTESCO _____		
TIENE HIJOS/AS:	SI ☐ NO ☐	
NOMBRE	FECHA NAC.	SEXO
NOMBRE	FECHA NAC.	SEXO
NOMBRE	FECHA NAC.	SEXO
NOMBRE	FECHA NAC.	SEXO
¿USA LENTES? SI ☐ NO ☐		
*¿TIENES ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD? SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL? INTELLECTUAL ☐ FÍSICA/ MOTRIZ ☐ MÚLTIPLE ☐		
AUDITIVA: SORDERA ☐ HIPOACUSIA ☐ VISUAL: BAJA VISIÓN ☐ CEGUERA ☐ DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL _____		
OTRO: _____		
NOTA: BAJA VISIÓN: PRIVACIDAD PARCIAL DE LA VISTA QUE NO PUEDE SER CORREGIDA ADECUADAMENTE CON GAFAS CONVENCIONALES.		
¿HA LABORADO EN ALGUNA INSTITUCIÓN DE GOBIERNO? SI ☐ NO ☐		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	PERIODO:	A
TIPO DE SANGRE: _____	PADECIMIENTO Y/O ALERGIAS:	
EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A: _____		
PARENTESCO: _____	TELÉFONO: _____	
CRÉDITO FOVISSSTE	SI ☐ NO ☐	AFORE
	SI ☐ NO ☐	
*CONTESTE LA SIGUIENTE PREGUNTA DE FORMA VOLUNTARIA.		
*¿FORMAS PARTE DE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES SECTORES DE LA POBLACIÓN? DE LA DIVERSIDAD SEXUAL, INDÍGENA, AFRODESCENDIENTES, ADULTOS MAYORES U OTROS.		
SI ☐	NO ☐	¿CÚÁL?

NOTA: LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTE FORMATO SE UTILIZAN PARA FINES INFORMATIVOS Y ESTADÍSTICOS DE CONFORMIDAD CON EL AVISO DE PRIVACIDAD DE ESTA INSTITUCIÓN. <http://utcanun.edu.mx/wp-content/uploads/2017/10/Aviso-de-privacidad-integral-CONTRATACION.pdf>

DECLARO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTE FORMATO SON VERIDICOS.

FIRMA

FECHA