

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 <input type="radio"/>	CASADO/A <input type="radio"/> UNIÓN LIBRE <input type="radio"/> VIUDO/A <input type="radio"/> DIVORCIADO/A <input type="radio"/>
TEL. CASA:	TELÉFONO CEL:	EMAIL:

FORMACIÓN ACADÉMICA		
ESCOLARIDAD:	SECUNDARIA <input type="radio"/>	BACHILLERATO <input type="radio"/> CARRERA TÉCNICA <input type="radio"/>
LICENCIATURA EN:	MAESTRÍA EN:	DOCTORADO EN:
DOCUMENTO QUE AVALA:	TÍTULO <input type="radio"/>	CÉDULA <input type="radio"/> CERTIFICADO <input type="radio"/> ACTA DE EXAMEN <input type="radio"/>
No DE CÉDULA:	NÚMERO DEL PADRÓN DE PROFESIONISTAS:	
ESTUDIA ACTUALMENTE:	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN GRADO
CARRERA:	PERIODO:	DURACIÓN DE LA CARRERA:

EXPERIENCIA LABORAL		
¿CUENTA CON TRAYECTORIA LABORAL?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	No DE AÑOS: DOCUMENTO QUE AVALA:
¿SE ENCUENTRA LABORANDO ACTUALMENTE?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿DÓNDE?
¿EL TRABAJO QUE REALIZA ACTUALMENTE TIENE RELACIÓN CON SU PROFESIÓN? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
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 <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
AÑOS DE EXPERIENCIA:	¿IMPARTE CLASES ACTUALMENTE? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
NIVEL EDUCATIVO:	BÁSICA <input type="radio"/>	MEDIA SUPERIOR <input type="radio"/> SUPERIOR <input type="radio"/> POSGRADOS <input type="radio"/>
SITUACIÓN EN EL TRABAJO RELACIONADO CON SU EJERCICIO PROFESIONAL:		
CON TRABAJO ACTUAL FUERA DE LA UNIVERSIDAD.	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿CUÁL? _____
SIN TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS FUERA DE LA UNIVERSIDAD.	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿CUÁL? _____
SIN TRABAJO MÁS DE TRES AÑOS FUERA DE LA UNIVERSIDAD.	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿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 <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?		

OTROS DATOS			
¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN DE USTED? _____ PARENTESCO _____			
TIENE HIJOS/AS: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
NOMBRE	FECHA NAC.	SEXO	
_____	_____	_____	
NOMBRE	FECHA NAC.	SEXO	
_____	_____	_____	
NOMBRE	FECHA NAC.	SEXO	
_____	_____	_____	
NOMBRE	FECHA NAC.	SEXO	
_____	_____	_____	
¿USA LENTES? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
*¿TIENES ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL? INTELLECTUAL <input type="radio"/> FÍSICA/ MOTRIZ <input type="radio"/> MÚLTIPLE <input type="radio"/>			
AUDITIVA: SORDERA <input type="radio"/> HIPOACUSIA <input type="radio"/> VISUAL: BAJA VISIÓN <input type="radio"/> CEGUERA <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____		PERIODO: _____	A _____
TIPO DE SANGRE: _____	PADECIMIENTO Y/O ALERGIAS: _____		
EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A: _____			
PARENTESCO: _____		TELÉFONO: _____	
CRÉDITO FOVISSSTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> AFORE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
*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 <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CÚAL?			

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://utcancun.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