

## ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

FECHA	
-------	--

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Puesto a cubrir			
Chofer de Reparto			
Nombre			
Victor Alvarado Espinoza Contreras			
Dirección			
Crsulo Baical # 18			
Fecha de Nacimiento			Edad
Día	Mes	Año	
28	07	1991	31
Estado Civil			
unión libre			
Teléfono Cel. / Casa			Nivel Académico
2292915535			Secundaria

### 2. REVISIÓN DOCUMENTAL

Actas del Registro Civil					
Nacimiento	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	No	Matrimonio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Identificación Personal					
Documento	Folio		Vigencia		
Credencial de Elector	2113009937		2021 - 2031		
Licencia de Manejo	V1302336AR		26/05-2022		
Seguridad Social					
IMSS	65089120813				
R.F.C.	E1CV910728AW3				
CURP	E1CV910728HJ2BR11				
Observaciones y Comentarios					

### 3. REFERENCIAS VECINALES

Referencia 1	
Nombre	Ocupación
Juan González Cruz	taxista

Tipo de relación	Vacina	Tiempo de conocerlo.	6 Años
Dirección		Teléfono	
Confiterian		2293909323	
Comentarios			
<b>Referencia 2</b>			
Nombre		Ocupación	
Paula González Cruz		Amante Casa	
Tipo de relación	Vacina	Tiempo conocerlo.	6 Años
Dirección		Teléfono	
Crisla Galvan		2291549717	
Comentarios			

#### 4. INVESTIGACIÓN ACADÉMICA

<b>Nivel de estudios</b>			
Educación Básica/Bachillerato/Licenciatura	Documento estatus	Periodo	
Nombre de la Institución		<input type="checkbox"/> Inconcluso	<input type="checkbox"/> Constancia de Estudios /Pasante
		<input type="checkbox"/> Titulado	

#### 5. INFORMACIÓN ECONÓMICA

Resumen	Numero
Personas que viven con el investigado	3
Personas que dependen económicamente de él	5
Total de Ingresos	2000
Total de Egresos	

##### a) OTROS INGRESOS (Cónyuge)

Ingresos		
Nombre y parentesco	Fuente (Trabajo)	Monto Mensual

##### b) Egresos Mensuales

Egresos	
Concepto	Monto Mensual
Alimentación	600
Ropa y Calzado	500

Transporte	
Servicios	
Gastos Escolares	
Actividades deportivas	
Actividades recreativas	
Otros	
TOTAL	

Cuenta con Créditos Adicionales			
Concepto	Mensualidad	Plazo	Saldo
Tarjeta de crédito			
Tienda Departamental			

Cuenta con Seguros					
De vida	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Monto mensual	\$	
De gastos médicos mayores	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Monto mensual	\$	
De automóvil	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Monto mensual	\$	
Contra accidentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Monto mensual	\$	

**c) Activos**

Propiedades		
Tipo		
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Terreno	<input type="checkbox"/> Departamento
Ubicación		Valor Estimado

  

Automóvil - Vehículo	Modelo	Valor Estimado

**6. INVESTIGACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR**

**a) Datos Familiares (Personas que viven con el investigado)**

Parentesco	Nombre
Conyugue	Anthony Valenzuela Dominguez



Edad	Ocupación	Depende económicamente
34		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Parentesco	Nombre	
Edad	Ocupación	Depende económicamente
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Parentesco	Nombre	
Edad	Ocupación	Depende económicamente
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**b) Actividades Sociales**

Religión		
<input checked="" type="checkbox"/> Católica	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Ninguna

Actividad	Frecuencia anual
1. Eventos sociales	no
2. Eventos comunitarios	no

**c) Actividades Culturales**

Actividad	Frecuencia anual
Museos	no
Teatro	no
Festivales Culturales	no
Zonas Arqueológicas	no

**d) Actividades Deportivas**

Deporte que Practica	Lugar	Frecuencia

**e) Actividades Recreativas**

Actividad	Frecuencia anual
Vacaciones	no
Plazas públicas	no
Parques naturales	no
Parques de diversiones	no
Cine	no

**f) Pasatiempos**

Actividades de Pasatiempo	Frecuencia

## 7. VISITA DOMICILIARIA

<b>Estructura de la vivienda</b>							
<input checked="" type="checkbox"/> Una planta	<input type="checkbox"/> PB y 1 piso	<input type="checkbox"/> 2 pisos	<input type="checkbox"/> Más de 2				
N° de Recamaras				N° De Baños			
1				1			
<b>Material predominante en la construcción</b>							
Paredes	Tabique <input checked="" type="checkbox"/>	Concreto	Madera	Otros	Especificar:		
Techos	Concreto	Lamina <input checked="" type="checkbox"/>	Madera	Otros	Especificar:		
Pisos	Mosaicos	Duela	Loseta	Cemento <input checked="" type="checkbox"/>	Tierra		
<b>Condiciones generales de la vivienda</b>							
Buenas							
<b>Servicios</b>							
<input checked="" type="checkbox"/> Luz				<input type="checkbox"/> TV por cable			
<input checked="" type="checkbox"/> Línea telefónica				<input type="checkbox"/> Sistema de seguridad			
<input checked="" type="checkbox"/> Agua				<input type="checkbox"/> Gas subterráneo			
<input checked="" type="checkbox"/> Drenaje				<input type="checkbox"/> Internet			
<input checked="" type="checkbox"/> Gas							
<input type="checkbox"/> Recolección de basura							
<b>Vías de Acceso</b>							
Avenida (s)							
Entre las calles							
Referencias							
<b>Transporte</b>							
<input type="checkbox"/> Metro	<input type="checkbox"/> Transporte público	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Otro				
<b>Zona</b>							
<input type="checkbox"/> Popular				<input type="checkbox"/> Residencial			
<input type="checkbox"/> Cuenta con todos los servicios				<input type="checkbox"/> No cuenta con todos			
<input type="checkbox"/> Urbana	<input type="checkbox"/> Semi- urbana			<input type="checkbox"/> Rural			
Observaciones de la zona:							
¿El nivel económico del candidato es acorde a su nivel de vida?							

## 8. SALUD

Servicios médicos con los que cuenta la familia:

IMSS	<input checked="" type="checkbox"/>	ISSSTE		Centro de salud	
------	-------------------------------------	--------	--	-----------------	--

Dispensario		Médico privado		Otros (Especifique)	
-------------	--	----------------	--	---------------------	--

Enfermedades y/o padecimientos en la familia:

Respiratorias	No	¿Cuál(es)?		¿Quién padece?	la	
Gastrointestinales	No	¿Cuál(es)?		¿Quién padece?	la	
Dermatológicas	No	¿Cuál(es)?		¿Quién padece?	la	
Neurológicas	No	¿Cuál(es)?		¿Quién padece?	la	
Cáncer	No	¿Cuál(es)?		¿Quién padece?	la	
Hipertensión	No	¿Cuál(es)?		¿Quién padece?	la	
Obesidad	No	¿Cuál(es)?		¿Quién padece?	la	
Diabetes mellitus	No	¿De qué tipo?		¿Quién padece?	la	
Adicciones	No	¿De qué tipo?		¿Quién padece?	la	
Otras						

Miembros discapacitados:		No
Familiares con enfermedades crónicas:		