

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

FECHA	
-------	--

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Puesto a cubrir				
Chofer de Reparto				
Nombre				
Sosa Garcia Angel de Jesus				
Dirección				
16 de septiembre / Doctor Delfino victoria				
Fecha de Nacimiento			Edad	Estado Civil
Día	Mes	Año		
16	11	99	23	soltero
Teléfono Cel. / Casa			Nivel Académico	
2291745073			Secundaria	

2. REVISIÓN DOCUMENTAL

Actas del Registro Civil					
Nacimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Matrimonio	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>
Identificación Personal					
Documento	Folio			Vigencia	
Credencial de Elector					
Licencia de Manejo	VB092VCLX			25/05/2024	
Seguridad Social					
IMSS	05199914036				
R.F.C.	SOGA99111621A				
CURP	SOGA991116HVZSRN05				
Observaciones y Comentarios					

3. REFERENCIAS VECINALES

Referencia 1	
Nombre	Ocupación
Maria del carmen Reyes Dominguez	Ama de casa

Tipo de relación	vecinos		Tiempo de conocerlo.	Toda la vida
Dirección			Teléfono	
Doc. Delfino victoria			2293546482	
Comentarios				
Referencia 2				
Nombre			Ocupación	
Ana Karen Solis Ramon			obrero	
Tipo de relación	vecinos		Tiempo conocerlo.	15 años
Dirección			Teléfono	
Doc. Delfino victoria			2291777443	
Comentarios				

4. INVESTIGACIÓN ACADÉMICA

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

5. INFORMACIÓN ECONÓMICA

Resumen	Numero
Personas que viven con el investigado	2
Personas que dependen económicamente de él	2
Total de Ingresos	
Total de Egresos	

a) OTROS INGRESOS (Cónyuge)

Ingresos		
Nombre y parentesco	Fuente (Trabajo)	Monto Mensual

b) Egresos Mensuales

Egresos	
Concepto	Monto Mensual
Alimentación	4000
Ropa y Calzado	1500

Transporte	1000
Servicios	400
Gastos Escolares	0
Actividades deportivas	0
Actividades recreativas	0
Otros	0
TOTAL	6900

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 checked="" type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Terreno	<input type="checkbox"/> Departamento
Ubicación		Valor Estimado
vivo con mis Padres		

Automóvil - Vehículo	Modelo	Valor Estimado

6. INVESTIGACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR

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

Parentesco	Nombre
Papa	Sosa Garcia Rafael

Edad	Ocupación	Depende económicamente	
57	Técnico en sistemas	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No

Parentesco	Nombre		
Marta	García y Pez Liliána Hermila		
Edad	Ocupación	Depende económicamente	
55	Ama de casa	<input checked="" 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	10 veces
2. Eventos comunitarios	2 veces

c) Actividades Culturales

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

d) Actividades Deportivas

Deporte que Practica	Lugar	Frecuencia
Futbol	Doctoy delirio vic	1 vez por semana

e) Actividades Recreativas

Actividad	Frecuencia anual
Vacaciones	1 vez
Plazas públicas	20
Parques naturales	10
Parques de diversiones	2
Cine	20

f) Pasatiempos

Actividades de Pasatiempo	Frecuencia
Estar con la familia	El mayor tiempo posible

7. VISITA DOMICILIARIA

Estructura de la vivienda							
<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			
3				2			
Material predominante en la construcción							
Paredes	Tabique	<input checked="" type="checkbox"/> Concreto		Madera		Otros	Especificar:
Techos	Concreto	<input checked="" type="checkbox"/> Lamina		Madera		Otros	Especificar:
Pisos	Mosaicos	<input checked="" type="checkbox"/> Duela		Loseta		Cemento	Tierra
Condiciones generales de la vivienda							
Buenas							
Servicios							
<input checked="" type="checkbox"/> Luz				<input checked="" 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 type="checkbox"/> Drenaje				<input checked="" type="checkbox"/> Internet			
<input checked="" type="checkbox"/> Gas							
<input checked="" type="checkbox"/> Recolección de basura							
Vías de Acceso							
Avenida (s)							
Justino Sarmiento							
Entre las calles							
1° de Mayo y 5 de Mayo							
Referencias							
Vara color naranja casa color arena con varandales							
Transporte							
<input type="checkbox"/> Metro	<input checked="" type="checkbox"/> Transporte público	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Otro				
Zona							
<input type="checkbox"/> Popular				<input type="checkbox"/> Residencial			
<input type="checkbox"/> Cuenta con todos los servicios				<input type="checkbox"/> No cuenta con todos			
<input checked="" 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	¿Cuál(es)?	No	¿Quién padece?	la	
Gastrointestinales	¿Cuál(es)?	No	¿Quién padece?	la	
Dermatológicas	¿Cuál(es)?	No	¿Quién padece?	la	
Neurológicas	¿Cuál(es)?	No	¿Quién padece?	la	
Cáncer	¿Cuál(es)?	No	¿Quién padece?	la	
Hipertensión	¿Cuál(es)?	No	¿Quién padece?	la	
Obesidad	¿Cuál(es)?	No	¿Quién padece?	la	
Diabetes mellitus	¿De qué tipo?	No	¿Quién padece?	la	
Adicciones	¿De qué tipo?	No	¿Quién padece?	la	
Otras					

Miembros discapacitados:	Ninguno
Familiares con enfermedades crónicas:	Ninguno