

Solicitud de Empleo

Favor de llenar esta solicitud en forma manuscrita
NOTA: La información aquí proporcionada será tratada
confidencialmente.

Fecha

25 / 08 / 23

Puesto que Solicita

Sueldo Mensual Deseado

FOTOGRAFIA
RECIENTE

Datos Personales

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Edad
Cruz	Ordoñez	Aldo Leonel	18 Años
Dirección	Colonia	Código Postal	
And. Manuel Castillo Birt #14, Cd. Concordia		24085	
Lugar de Nacimiento			
Campeche			
Vive con:			
<input type="radio"/> Sus padres	<input checked="" type="radio"/> Su familia	<input type="radio"/> Parientes	<input type="radio"/> Solo
Personas que dependen de Usted		e-mail:	
<input checked="" type="radio"/> Hijos	<input type="radio"/> Conyuge	<input type="radio"/> Padres	<input type="radio"/> Otros
		oidonezaldo518@gmail.com	
Estado Civil	Peso		
<input checked="" type="radio"/> Soltero	<input type="radio"/> Casado	57	Kg.
(Especifique)			

Documentación

Cleve Unica del Registro de Población (CURP)	AFORE
CUOAO41208HCCRRLA2	
Reg. Fed. de Contribuyentes No.	
CUOAO41208EC4	Numero de Seguridad Social
	2523040623-0
Licencia de Manejo	Cartilla Servicio Militar No.
<input checked="" type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Si	Clase y No. de Licencia
	Si es extranjero que documento le permite trabajar en el País

Estado de Salud y Hábitos Personales

Actualmente ¿Como considera su estado de salud?	¿Padece alguna enfermedad crónica?	
<input checked="" type="radio"/> Bueno	<input checked="" type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Si	
<input type="radio"/> Malo	¿Cual?	
¿Qué Deporte practica?	¿Pertenece a algún Club Social o Deportivo?	¿Cuál es su pasatiempo favorito?
Futbol	No	El deporte
¿Cuál es su meta en la Vida?		
Superarme		

Datos Familiares

NOMBRE	VIVE BIEN	DIRECCIÓN	OCCUPACIÓN
Padre	X		
Madre			
Paulina Ordonez H.	X	C-1era Mz 19 b #92 Siglo 21	Empleada de Oficina
Esposa (o)			

Nombres y edades de los hijos

Rosse Ariana Cruz Wong (2 meses)

Escolaridad

NOMBRE DE LA ESCUELA	DIRECCION	DE	FECHAS	A	AÑOS	TITULO RECIBIDO
Primaria Miguel Hidalgo INEA	Dom. Conocido	2011	2017	6		Certificado
Secundaria o Preparatoria Preparatoria o Vocacional	Dom. Conocido	2021	2021	1		Certificado
Profesional						
Comercial u Otras						

Estudios que efectúa en la actualidad

Escuela	Horario	Curso o Carrera	Grado
Rayter		Rayate con Rayter !!!	0800EM 7 502005 802618

Conocimientos Generales	
Que idiomas domina	Que funciones de oficina domina
Máquinas de oficina o taller que sepa manejar	Software que domina
Otras funciones que domine	

Empleo Actual y Anteriores

CONCEPTO	EMPLEO ACTUAL O ÚLTIMO	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR
Tiempo que prestó sus servicios	1 año			
Nombre de la compañía	Autolavado, Freddys			
Dirección	Av. Central #17 Col. Fraccionaria 2000			
Teléfono	981 1216303			
Puesto que desempeñaba	Lauador			
Sueldos:	Inicial Final	1,800 1,800		
Motivo de su separación	Fermín de Contralo			
Nombre de su jefe directo	Fredy Cruz			
Puesto de su jefe directo	Dueño			
Podriamos solicitar informes de usted	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> No ¿Porqué?			

Referencias Personales

NOMBRE	DIRECCION	TELÉFONO	OCCUPACIÓN	TIEMPO DE CONOCERLO
Mireya Fonseca	C-Cobalto #92 Colonia Campaña	9812292866	Ama de Casa	18 años
Ashlin Trinidad	C-Tera Mz 19 B Siglo XXI	9812054993	Cocina Económica	4 años
Kenia Avila	C-Brasil #99 Col. Santa Anna	9811322953	Secretaria	18 años

Datos Generales

¿Como se enteró de este empleo?	<input type="radio"/> Anuncio <input type="radio"/> Otro medio (anótelo)
¿Algun pariente trabaja en esta Empresa?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si (nómbrelas)
¿Ha sido afianzado?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="radio"/> Si (nombre de la Cia.)
¿Ha estado afiliado a algún sindicato?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="radio"/> Si (Cuál?)
¿Tiene Seguro de Vida?	Suma asegurada
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="radio"/> Si (nombre de la Cia.)	\$
¿Podría viajar?	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> No (razones)
¿Estaría dispuesto a cambiar su lugar de residencia?	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> No (razones)
¿En qué fecha podría presentarse a trabajar?	En el momento que se indique

Observaciones del entrevistador

¿Tiene usted otros ingresos?	Importe mensual
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="radio"/> Si (describalos)	\$
¿Su cónyuge trabaja?	Percepción mensual
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="radio"/> Si (dónde?)	\$
¿Vive en casa propia?	Valor aproximado
<input type="radio"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si	\$
¿Paga renta?	Renta mensual
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="radio"/> Si	\$
¿Posee automóvil propio?	Marca
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="radio"/> Si	\$
¿Tiene deudas?	Importe
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="radio"/> Si (con quién?)	\$
¿Cuánto abona mensualmente?	\$
¿A cuanto asciende sus gastos mensuales?	\$

Hago constar que mis respuestas son verdaderas

Aldo Ordóñez
Firma del solicitante

Sueldo mensual autorizado

\$ _____

Autorización

Nombre, Firma y Fecha



Solicitud de Empleo

Nota: La información aquí proporcionada será tratada confidencialmente

Fecha 29 108/23

Puesto que solicita: Almacen

Sueldo mensual

DATOS PERSONALES							
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Edad	Estatura	Peso	Estado Civil	
Cruz	Ordoñez	Aldo Leones	18	1.75	57	SOLTERO	
Dirección							Sexo
And. Manuel Castillo Brito #14, c.d. concordia							M
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad					
8/12/04	Campeche	M					
Número de Seguridad Social	Correo electrónico (e - mail)	¿Tiene licencia de manejo?		Registro Federal de Contribuyentes			
2523006623-0	ordoneza10518@ymail.com						
¿Cómo considera su estado de salud actual?	¿Padece de alguna enfermedad crónica?						
Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="radio"/> Malo <input type="radio"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál?					
¿Qué deporte practica?	¿Pertenece a algún club social o Deportivo?	¿Cuál es su pasatiempo favorito?					
Fútbol	NO	El deporte					
¿Cuál es su meta en la vida?							
Superarme							

DATOS FAMILIARES

Nombre	Vive	Finado	Domicilio	Ocupación
Padre				
Madre				
Paulina Ordoñez H.	X		C-1era MZ 196 #92 Sigo21	Empleada de ministerio
Esposa (o)				
Nombre Hija (o)				
Nombre Hija (o)				
Nombre Hija (o)	X		C-1era MZ 196 #92 Sigo21	
Rosse Altunay Cruz Wong				

ESCOLARIDAD

Nombre de la Escuela	Dirección	Fechas		Años	Documento Recibido
		De	A		
Primaria					
Miguel Hidalgo	Dom. conocido	2011	2017	6	certificado
Secundaria					
INEH	Dom. conocido	2021	2021	1	certificado
Preparatoria					
Profesional					
Estudios de Post grado					
Comercial u otras					
Estudios que efectúa en la actualidad:					
Escuela	Horario:			Carrera ó Curso	Grado



Cuestionario COVID-19

En Distribuidora El Toro S.A. de C.V. la salud de nuestros colaboradores y de nuestros prestadores de servicios es primordial, así que hemos elaborado este pequeño cuestionario con la finalidad de proteger la integridad física de todos.

1.- Edad: 18

2.- Genero: Masculino

3.- ¿Pertenece a algún grupo de riesgo? (> 60 años, hipertensión, diabetes, cardiopatías, patología pulmonar, enfermedad renal crónica, inmunosupresión, patología hepática.)

No

4.- Desde el día 01 de JULIO hasta el día hoy ¿Has tenido inicio súbito de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, fiebre, dificultad para respirar? No

5.- Algun familiar cercano o amistad con la que hayas convivido en los últimos 15 días ha sido diagnosticado con COVID-19 ó presentado algún síntoma de los anteriormente mencionados? (tos, fiebre, dificultad para respirar) No

6.- De Marzo a la fecha te han diagnosticado COVID-19 con la prueba PCR?

No

El candidato manifiesta que la información brindada se realiza bajo protesta de decir verdad, so pena de ser acreedor de las sanciones que con motivo de su falsedad u omisión se pudieran generar en contra de la empresa.

Nombre y Firma del Colaborador:

Fecha de realización del Cuestionario:

FOLIO
A04 0125907



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE CAMPECHE
ACTA DE NACIMIENTO

CURP
CUOA041208HCCRRA2
Entidad de Registro
CAMPECHE
Municipio de Registro
CAMPECHE
Localidad de Registro
SAN FRANCISCO DE CAMPECHE
Oficialia Libro Acta Fecha de Registro
01 0438 0098 06/01/2005

Datos de la Persona Registrada

ALDO LEONEL CRUZ ORDOÑEZ

NOMBRE, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO

CAMPECHE, CAMPECHE, CAMPECHE, MEXICO

LUGAR DE NACIMIENTO

08 DE DICIEMBRE DE 2004

MASCULINO

VIVO

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO

FUE PRESENTADO

Datos de Filiación de la Persona Registrada

ALDO CRUZ ACEVEDO

NOMBRE, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO

MEXICANA

24 AÑOS

NACIONALIDAD

EDAD

PAULINA OFELIA ORDOÑEZ HUCHIN

NOMBRE, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO

MEXICANA

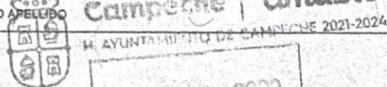
19 AÑOS

NACIONALIDAD

EDAD

ANOTACIONES

SIN ANOTACIONES



JUNTA MUNICIPAL DE RECLUTAMIENTO
RECIBIDO

08 ABR. 2022

Se extiende esta certificación en cumplimiento del artículo 51 del Código Civil Vigente en el Estado de Campeche.

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE, A 16 DE MAYO DE 2017. LA DIRECTORA DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL.

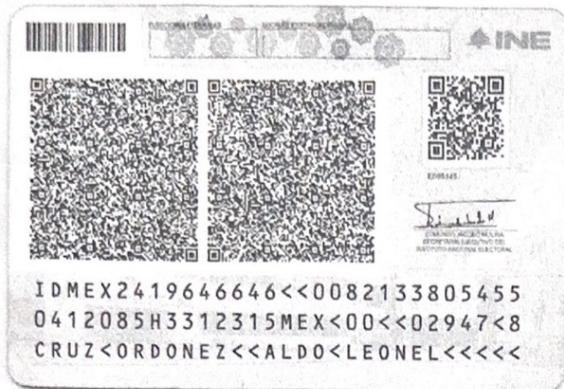
LIC. INGRID OMUNDSEN PEREZ

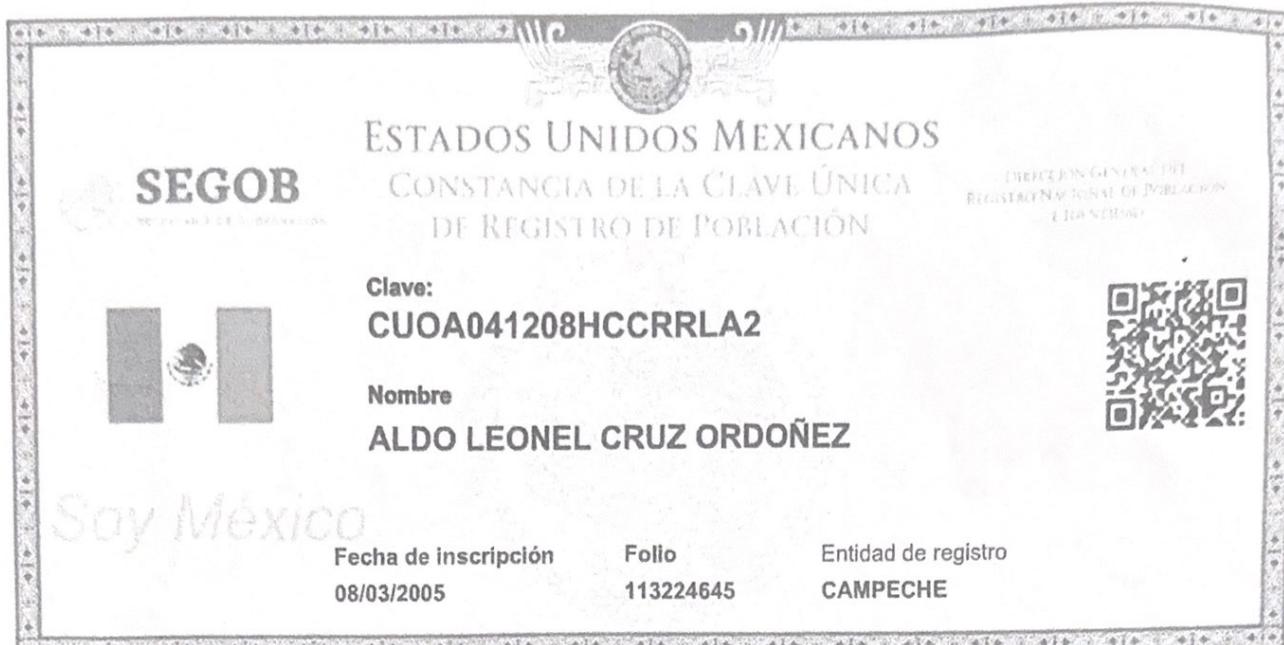
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
Gobierno del
Estado de Campeche
Dirección General
de Registro del
Estado Civil
San Francisco de Campeche
Méjico



104002000012009200980

MGRF





Clave:

CUOA041208HCCRRLA2

Nombre

ALDO LEONEL CRUZ ORDOÑEZ

Soy México

Fecha de inscripción

08/03/2005

Folio

113224645

Entidad de registro

CAMPECHE



104002200500098

CURP Certificada: verificada con el Registro Civil

ALDO LEONEL CRUZ ORDOÑEZ

PRESENTE

Ciudad de México, a 28 de marzo de 2022

El derecho a la identidad está consagrado en nuestra Constitución. En la Secretaría de Gobernación trabajamos todos los días para garantizar que las y los mexicanos gocen de este derecho plenamente; y de esta forma puedan acceder de manera más sencilla a trámites y servicios.

Nuestro objetivo es que el uso y adopción de la Clave Única de Registro de Población (CURP) permita a la población tener una sola llave de acceso a servicios gubernamentales, ser atendida rápidamente y poder realizar trámites desde cualquier computadora con acceso a internet dentro o fuera del país.

Nuestro compromiso es que la identidad de cada persona esté protegida y segura, por ello contamos con los máximos estándares para la protección de los datos personales. En este marco, es importante que verifiques que la información contenida en la constancia anexa sea correcta para contribuir a la construcción de un registro fiel y confiable de la identidad de la población.

Agradezco tu participación.

LIC. ADÁN AUGUSTO LÓPEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO DE GOBERNACIÓN



Estamos a sus órdenes para cualquier aclaración o duda sobre la conformación de su clave en **TELCURP**, marcando el 800 911 11 11

La impresión de la constancia CURP en papel bond, a color o blanco y negro, es válida y debe ser aceptada para realizar todo trámite.
TRÁMITE GRATUITO

Los Datos Personales recabados, incorporados y tratados en la Base de Datos Nacional de la Clave Única de Registro de Población, son utilizados como elementos de apoyo en la función de la Secretaría de Gobernación, a través de la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identidad en el registro y acreditación de la identidad de la población del país, y de los nacionales residentes en el extranjero; asignando y expediendo la Clave Única de Registro de Población. Dicha Base de Datos, se encuentra registrada en el Sistema Persona del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales (<http://persona.ifai.org.mx/persona/welcome.do>). La transferencia de los Datos Personales y el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deben realizarse conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados, y demás normatividad aplicable. Para ver la versión integral del aviso de privacidad ingresar a <https://renapo.gob.mx/>

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL**HACIENDA**

ESTADÍSTICAS DE PATERNA Y CREDITO PÚBLICO

**SAT**

SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA



CUOA041208EC4

Registro Federal de Contribuyentes

ALDO LEONEL CRUZ ORDOÑEZ
Nombre, denominación o razón socialidCIF: 23060216983
VALIDA TU INFORMACIÓN
FISCAL**CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL**

Lugar y Fecha de Emisión

CAMPECHE , CAMPECHE A 14 DE JUNIO DE 2023

CUOA041208EC4

Datos de Identificación del Contribuyente:

RFC:	CUOA041208EC4
CURP:	CUOA041208HCCRRLA2
Nombre (s):	ALDO LEONEL
Primer Apellido:	CRUZ
Segundo Apellido:	ORDOÑEZ
Fecha inicio de operaciones:	14 DE JUNIO DE 2023
Estatus en el padrón:	ACTIVO
Fecha de último cambio de estado:	14 DE JUNIO DE 2023
Nombre Comercial:	ALDO LEONEL CRUZ ORDOÑEZ

Datos del domicilio registrado

Código Postal:24085	Tipo de Vialidad: ANDADOR
Nombre de Vialidad: MANUEL CASTILLA BRITO	Número Exterior: 14
Número Interior:	Nombre de la Colonia: CIUDAD CONCORDIA
Nombre de la Localidad: SAN FRANCISCO DE CAMPECHE	Nombre del Municipio o Demarcación Territorial: CAMPECHE
Nombre de la Entidad Federativa: CAMPECHE	Entre Calle: CALLE HECTOR PEREZ MARTINEZ

Página [1] de [2]

**HACIENDA**
ESTADÍSTICAS DE PATERNA Y CREDITO PÚBLICO**SAT**

SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA

ContactoAv. Hidalgo 77, col. Guerrero, CP. 06300, Ciudad de México
Atención telefónica desde cualquier parte del país:
MarcaSAT 55 627 22 728 y para el exterior del país
(+52) 55 627 22 728

ORDONEZ A MANUEL DE A

M CASTILLO B 14 CD CONCORDIA
CD. CONCORDIA F. C.P. 24085
CAMPECHE 2, CAMP.

TOTAL A PAGAR:

\$3,174

(TRES MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS
M.N.)

Obtén tu aviso recibo más fácil y rápido

NO. DE SERVICIO : 789871200842
RNU : 24085 87-12-04 XAXX-010101 008 CFE

CORTE A PARTIR:
30 JUL 23

LÍMITE DE PAGO: 29 JUL 23

TARIFA: 1C NO. MEDIDOR:D2N318 MULTIPLICADOR:

PERIODO FACTURADO: 15 MAY 23 - 13 JUL 23

Actualiza tus datos mediante el QR y
obtendrás éste y otros beneficios



¡Escanea el código y listo!

Concepto	Lectura actual	Lectura anterior	Total periodo	Precio (MZN)	Subtotal (MZN)
Energía (kWh)	62815	61441	1374		
Básico			300	0.871	261.30
Intermedio1			300	1.010	303.00
Intermedio2			300	1.302	390.60
Excedente			474	3.474	1,646.67
Suma					Subtotal
					1,501.57

Este gráfico refleja tu nivel de consumo. A mayor uso, mayor apoyo.

Costos de la energía en el Mercado Eléctrico Mayorista					Desglose del importe a pagar	
Concepto	\$	S.MW	S.MWD	Impuesto (MZN)	Concepto	Importe (MZN)
Suministro	80.52	0.00	0.00	80.52	Energía	2,601.58
Distribución	0.00	0.00	1,201.56	1,201.56	IVA 16%	416.25
Transmisión	0.00	0.00	241.55	241.55	Fac. del Periodo	3,017.83
CENACE	0.00	0.00	8.66	8.66	DAP ²	156.09
Energía	0.00	0.00	1,152.79	1,152.79	Adeudo Anterior	2,590.20
Capacidad	0.00	0.00	703.49	703.49	Su Pago	2,590.00-
SCnMEM ¹)	0.00	0.00	8.52	8.52	Total	\$3,174.12

Apoyo Gubernamental 795.51

(1) SCnMEM: Costos relacionados con los servicios del Mercado. (2) DAP: Derecho al Alumbrado Público. (3) Cargos o créditos: Diversos conceptos que se pueden incluir en el aviso recibo relacionados con el suministro.

-- Fecha, hora y lugar de impresión: 25 AGO 2023 12:00:29 hrs. Av Cuauhtémoc 12 42 y 44 Santa Lucía Campeche Campeche México 24020



CFE contigo



24085 87-12-04 XAXX-010101 008 CFE
01 789871200842 230729 000003174 7



\$3,174

(TRES MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS M.N.)

19DW04B231936690

Rapartir

-1-

Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de registro o aviso de baja de beneficiario (SAV-002)

Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF
SAV-002	31 / 07 / 2015 DD MM AAAA

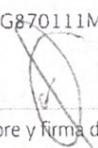
Clave	Clinica	Datos del asegurado
01		NSS: 2523040623 - 0
Modalidad	UMF 013	CURP: CUOA041208HCCRRLA2
10		Nombre: ALDO LEONEL CRUZ ORDOÑEZ

Nombre(s) primer apellido y segundo apellido del Beneficiario	Agregado de Identidad	Mes de nacimiento
ALDO LEONEL CRUZ ORDOÑEZ	01120049	12

Documentos que presenta para comprobar el parentesco o baja

ACTA DE NACIMIENTO - NO. ACTA: 98, NO. FOJA: 0, NO. LIBRO: 0, ESTADO: CAMPECHE, MUNICIPIO: CAMPECHE, FECHA SUCESO: 13/06/2023, FECHA EXPEDICION: 13/06/2023, TOMO: 0, NO. JUZGADO: 0, AÑO: 2005, CRIP: 0.

Los datos personales recibados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado Sistema de Registro de Beneficiarios, con fundamento en los artículos 84 de la Ley del Seguro Social y, 67 y 68 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y cuya finalidad es contener, proteger, ordenar y clasificar los datos de los derechohabientes del Instituto (asegurados y sus beneficiarios), el cual fue registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (www.inai.org.mx). La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Unidad de Medicina Familiar o la Subdelegación de control del domicilio del asegurado. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

Aldo Ordoñez	CAMPECHE CAMPECHE	CABG870111MCCNRL03
Aldo Leonel Cruz Ordoñez	13 JUNIO 2023	
Firma del asegurado	Lugar y fecha	Nombre y firma del empleado

Declaro y manifiesto bajo protesta de decir verdad que lo datos asentados en cada requisito son correctos y corresponden a la verdad, apercibido que de conformidad con el artículo 314 de la Ley del Seguro Social, se me reputará como fraude y se me sancionará como tal, en los términos del Código Penal Federal, el obtener, así como el propiciar la obtención, de los seguros, prestaciones y servicios que esta Ley establece, sin tener el carácter de derechohabiente, mediante cualquier engaño o aprovechamiento de error, ya sea en virtud de simulación, sustitución de personas o cualquier otro acto, lo cual podrá ser verificado por el Instituto en cualquier momento, en uso de sus facultades de comprobación como organismo fiscal autónomo.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:
<input type="radio"/> IMSS-02-066-A <input type="radio"/> IMSS-02-066-B <input type="radio"/> IMSS-02-066-C <input type="radio"/> IMSS-02-066-D <input type="radio"/> IMSS-02-066-E
<input type="radio"/> IMSS-02-066-F <input type="radio"/> IMSS-02-066-G <input type="radio"/> IMSS-02-066-H <input type="radio"/> IMSS-02-066-I <input type="radio"/> IMSS-02-066-J
<input type="radio"/> IMSS-02-066-K <input type="radio"/> IMSS-02-066-L <input type="radio"/> IMSS-02-066-M <input type="radio"/> IMSS-02-066-N <input type="radio"/> IMSS-02-066-O

Cadena original: |||Invocante-portalimssdigital|||Tipo de trámite-REGISTRO ASEGURADO|||Fecha 13 de junio 2023, 17:38:31|||Folio.168669948572690254761|||Nombre o Razón Social-ALDO LEONEL CRUZ ORDONEZ|||Curp-CUOA041208HCCRRLA2|||Número de Seguridad Social 25230406230|||

Sello digital: F4bjPBjQoDuXLgFh4TjFuK1LwrlDMMv0axTvhlGtxd9t73bRrKV/5S8ZLBzCXdQfI10mCcTUyCiaKk8OuxahXR7EuSdQe+mMiwVuKpdUhMiVWxaSpi+SXfybH SOlkQzsVNQnEfzfcRuQ2pkSpuYVmrgAG8v2AlkvPS2CUDB47WkbMljG6WYnMvLbtrGguvEqMhcengulzPI9JxNTy3phuITlyETRMrHm5>s0Cvh8WlUF/G9kdG+C DUndNd9OxsPMiNDMksd84NSx3jpQZ8bl70Xis/qaZoidUMSYbz3zfXd4iCCm1Gv+NCPQp+NeSxdjn2tTrXnQ8UpC+g=

Secuencia notarial: e32e6c07-198f-417d-9a8a-cb813764343d

Número de serie: 00000000000000000001

*De conformidad con los artículos 4 y 69 M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

Contacto

Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc
C.P. 06600, Ciudad de México
Tel. 800 623 23 23
<http://www.imss.gob.mx/contacto>



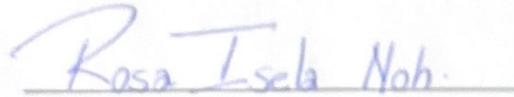
SAN FRANCISCO DE CAMPECHE A 29 DE AGOSTO DEL 2013

A quien corresponda:

Me permito informarle que conozco amplia y detalladamente al Sr. Aldo Leonel Cruz Ordóñez y puedo asegurar que estos 5 años de conocerle, es una persona integra, estable, totalmente responsable y competente para cualquier tipo de actividad que se le encomiende.

Por lo anterior no tengo inconveniente alguno en recomendarlo ampliamente agradeciendo de antemano la atención y facilidades que se le puede brindar.

Quedo a la orden por si se requiere algún otro tipo de información.



Atentamente: Rosa Isela Noh Llanos

9812049743

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE A 29 DE AGOSTO DEL 2023

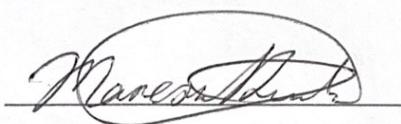
A quien corresponda:

Por medio de la presente hago de su conocimiento que el Sr. Aldo Leonel Cruz Ordóñez, es una persona seria y responsable en todas sus actividades, además que cuenta con una buena conducta y absoluta calidad moral.

El señor Cruz Ordóñez es conocido no solo por mi sino por toda mi familia por más de 10 años, por lo que no tengo inconveniente alguno en recomendarlo como una persona seria y formal.

Se extiende la presente constancia a los 29 días del mes de agosto del 2023 quedando a sus apreciables órdenes para cualquier futura aclaración.

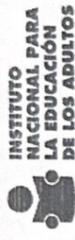
Atentamente



Marcos Antonio Ávila Canul

9811324366

EDUCACIÓN



ESTADO DE CAMPECHE, MÉXICO

SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL INSTITUTO NACIONAL PARA LA EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS CERTIFICADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

El Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, CERTIFICA que ALDO LEONEL CRUZ. ORDOÑEZ, con CURP CUOAO41208HCCRRLA2, cursó y acreditó la Educación Secundaria de acuerdo al Plan y Programas de Estudio vigentes, en EL INSTITUTO ESTATAL DE LA EDUCACIÓN PARA LOS ADULTOS, con Clave de Centro de Trabajo O4FIA0001G, con el promedio final que se indica, según constancias que obran en el archivo de Control Escolar.

PROMEDIO FINAL: **7.4**

SIETE PUNTO CUATRO

El presente documento de certificación se expide en Campeche, Campeche a los diez días del mes de diciembre de dos mil veintiuno.

Autoridad educativa: RICARDO SÁNCHEZ CERINO, DIRECTOR GENERAL

No certificado autoridad educativa: 00001000000501526191

Sello digital autoridad educativa:

bVxZvhujvOKNgS+B0kzjikNhbyGhvml4yOsOnNa1V5OBVmjlBnYckjpPn06ZBAmxbnpufdjsAK/Z/mmEC07hB7sqUep7cr+phEs8C7jA/8QZVKfGfn0tVkd0EcEV9NqlwX'Xbp+0/7ZLFP28mjhboHJLkqkZ6S2vhHAZTQaT71sO8rxDNxUQ571
cjt+Tndr1D8dxXNsavCnT2xDq3Yzlhsmo0mdIDUD14a/wSMk03zvRbNvNxiScwkyTwsPSMid/DEF7R3WuG771mVjZN0A8gmrBzNAPQow0Ztp5kiewhTaf5fTxZsOBZ75ErBgdTrx8A==

Fecha y hora de timbrado: 10/12/2021 11:09:02 p. m.

Sello digital SEP:

2528oxKSu3nE/iV2DwKwp3x6rqWTE3QmvVll83BjCDHvfxDHB1vxtikh49ncJlkzvPhq4vSRsJTBDphqAtnxrX1wyeQoAkYfOzJnp8kKB8Tnf9pks5Op6GQIAqkI803CIyOPqubzYMa3dYsNWauRJPNqJAVkCLhZ1Ln0Wu64g6l1j921DCgDct
cgjo3pojHwrcenAw/dyzzz9H1zzMe/iIGoezbMqyCZ2iNhbzngdIq5RDCN4/Kt1TnuQuwob3iGEwqyB99ylfot/ACsuareDNgYRh03kv7u/CS5tdehXujf/TZuopWuug45Xg==

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 141 de la Ley General de Educación, los certificados de estudios expedidos por instituciones del Sistema Educativo Nacional tienen validez en la República Mexicana sin necesidad de trámites adicionales de autenticación o legalización, favoreciendo el tránsito del educando por el Sistema Educativo Nacional.

El presente documento electrónico ha sido firmado mediante el uso de la firma electrónica avanzada, por el servidor público competente, amparada por un certificado digital vigente a la fecha de su elaboración, y es válido de conformidad con lo dispuesto en los artículos I; 2, fracciones IV, V, XIII y XIV; 3, fracciones I y II; 7; 8; 9; 13; 14; 16 y 25 de la Ley de la Firma Electrónica Avanzada; 7 y 12 del Reglamento de la Ley de la Firma Electrónica Avanzada.

El presente documento electrónico, su integridad y autoría se podrá comprobar en: <http://certificación.inea.gob.mx/validaCertificado.aspx> o por medio del código QR.

GOBIERNO DE
MÉXICOBRIGADA
Correcaminos

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

PERSONA INTERESADA

Fecha de la vacunación **07/12/21** Marca de vacuna: **Pfizer** Lote: **F418026** Dosis: PRIMERA SEGUNDA UNICA

ALDO LEONEL CRUZ ORDOÑEZ
NOMBRE(S)

APELLIDO 1

SEXO HOMBRE MUJER
16 AÑOS

CURP (Clave única de registro de población)

CUOA041208HCCRRLA2

FOLIO DE REGISTRO MIVACUNA

A15-112197855

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA

Vigila tu salud después de aplicarte la vacuna, cualquier signo o síntoma que presentes dentro de los 30 días después de la vacunación, favor de reportarlo de inmediato, esto nos permitirá darte la atención que requieras y mantener actualizado el perfil de seguridad de las vacunas.

Para reportar un evento adverso y encontrar más información sobre la vacunación contra la COVID-19 visita la página <https://coronavirus.gob.mx/vacunacion-covid/> o llama al teléfono de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria al 800.0044.800 Para obtener más información sobre COVID-19 visita: vacunacovid.gob.mx



Se garantiza la protección de los datos personales en cumplimiento con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales y sensibles serán utilizados y vinculados para verificación y confirmación de la identidad dentro del marco de la planeación, implementación y aplicación de la Política Nacional de Vacunación y demás políticas sociales, así como para integrar expedientes y bases de datos necesarias para, en su caso, el otorgamiento y operación de políticas sociales del Gobierno Federal, así como las obligaciones que se deriven de estos y para mantener una base histórica con fines estadísticos y de obligaciones relativas a la transparencia, en términos de la normatividad y disposiciones aplicables. Consulte el aviso integral de privacidad en <https://mivacuna.salud.gob.mx>. Lo anterior se informa en cumplimiento a los artículos 26, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.

Este formato NO es una cita para la vacunación, en breve le contactaremos. La convocatoria a los puntos de vacunación depende de la disponibilidad de las vacunas.

GOBIERNO DE
MÉXICOBRIGADA
Correcaminos

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2

PERSONA INTERESADA

Fecha de la vacunación **07/12/21** Marca de vacuna: **Pfizer** Lote: **FL3205** Dosis: PRIMERA SEGUNDA UNICA

ALDO LEONEL CRUZ ORDOÑEZ
NOMBRE(S)

APELLIDO 1

SEXO HOMBRE MUJER
17 AÑOS

CURP (Clave única de registro de población)

CUOA041208HCCRRLA2

FOLIO DE REGISTRO MIVACUNA

A15-112197855

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA

Vigila tu salud después de aplicarte la vacuna, cualquier signo o síntoma que presentes dentro de los 30 días después de la vacunación, favor de reportarlo de inmediato, esto nos permitirá darte la atención que requieras y mantener actualizado el perfil de seguridad de las vacunas.

Para reportar un evento adverso y encontrar más información sobre la vacunación contra la COVID-19 visita la página <https://coronavirus.gob.mx/vacunacion-covid/> o llama al teléfono de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria al 800.0044.800 Para obtener más información sobre COVID-19 visita: vacunacovid.gob.mx



Se garantiza la protección de los datos personales en cumplimiento con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales y sensibles serán utilizados y vinculados para verificación y confirmación de la identidad dentro del marco de la planeación, implementación y aplicación de la Política Nacional de Vacunación y demás políticas sociales, así como para integrar expedientes y bases de datos necesarias para, en su caso, el otorgamiento y operación de políticas sociales del Gobierno Federal, así como las obligaciones que se deriven de estos y para mantener una base histórica con fines estadísticos y de obligaciones relativas a la transparencia, en términos de la normatividad y disposiciones aplicables. Consulte el aviso integral de privacidad en <https://mivacuna.salud.gob.mx>. Lo anterior se informa en cumplimiento a los artículos 26, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.


ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
CONSTITUCIÓN DE LA CLAVE ÚNICA
DE REGISTRO DE POBLACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DEL
REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN
Y IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Clave:
OOHP851010MCCRCL01

Nombre:
PAULINA OFELIA ORDOÑEZ HUCHIN



Fecha de inscripción	Folio	Entidad de registro
02/10/2003	101754365	CAMPECHE



104002198503043

CURP Certificada: verificada con el Registro Civil

CURP's asociadas por corrección

OOHP851001MCCRCL02

PAULINA OFELIA ORDOÑEZ HUCHIN

PRESENTE

Ciudad de México, a 10 de julio de 2018

Desde 2014, el derecho a la identidad está consagrado en nuestra Constitución. En la Secretaría de Gobernación trabajamos todos los días para garantizar que las y los mexicanos gocen de este derecho plenamente; y de esta forma puedan acceder de manera más sencilla a trámites y servicios.

En ese sentido, nuestro objetivo es que el uso y adopción de la Clave Única de Registro de Población (CURP) permita a la población tener una sola llave de acceso a servicios gubernamentales, ser atendida rápidamente y poder realizar trámites desde cualquier computadora con acceso a internet dentro o fuera del país.

Nuestro compromiso es que la identidad de cada persona esté protegida y segura, por ello contamos con los máximos estándares para la protección de los datos personales. En este marco, es importante que verifiques que la información contenida en la constancia anexa sea correcta para contribuir a la construcción de un registro fiel y confiable de la identidad de la población.

Agradezco tu participación.

ALFONSO NAVARRETE PRIDA

SECRETARIO DE GOBERNACIÓN



Estamos a sus órdenes para cualquier aclaración o duda sobre la conformación de su clave en **TELCURP**, marcando el 01 800 911 11 11

La impresión de la constancia CURP en papel bond, a color o blanco y negro, es válida y debe ser aceptada para realizar todo trámite.

TRÁMITE GRATUITO

Los Datos Personales recabados, incorporados y tratados en la Base de Datos Nacional de la Clave Única de Registro de Población, son utilizados como elementos de apoyo en la función de la Secretaría de Gobernación, a través de la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identificación Personal en el registro y acreditación de la identidad de la población del país, y de los nacionales residentes en el extranjero; asignando y expediendo la Clave Única de Registro de Población. Dicha Base de Datos, se encuentra registrada en el Sistema Persona del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales (<http://persona.ifai.org.mx/persona/welcome.do>). La transferencia de los Datos Personales y el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deben realizarse conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales. Posesión de los Sujetos Obligados, y demás normatividad aplicable. Para ver la versión integral del aviso de privacidad ingresar a <https://renapo.gob.mx>

