

Solicitud de Empleo	Fecha 19 / 06 / 24
	Puesto que solicita: CHOFER
	Sueldo mensual
Nota: La información aquí proporcionada será tratada confidencialmente	

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno VEGAZQUEZ	Apellido Materno MEDEL	Nombre (s) PAUL	Edad 46	Estatura 1.68	Peso 68	Estado Civil CASADO
Dirección PALESTINA L-15 COL. SAMARITANIA			Código Postal	Teléfono Casa: Cel: 913032659		Sexo M
Fecha de Nacimiento 26/07/77	Lugar de Nacimiento LOMA BONITA OHL	Nacionalidad MEXICANA	Vive con:	Sus Padres <input type="radio"/>	Su Familia <input checked="" type="radio"/>	Solo <input type="radio"/>
Número de Seguridad Social 7894771680-5	Correo electrónico (e-mail)	¿Tiene licencia de manejo? Si	Registro Federal de Contribuyentes VENR7707261VB			
¿Cómo considera su estado de salud actual? Bueno <input checked="" type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Malo <input type="radio"/>		¿Padece de alguna enfermedad crónica? No <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> ¿Cuál?				
¿Qué deporte practica? FUTBOL	¿Pertenece a algún club social o Deportivo? NO		¿Cuál es su pasatiempo favorito? TOCAR GUITARRA			
¿Cuál es su meta en la vida? SUPERARME						

DATOS FAMILIARES

Nombre	Vive	Finado	Domicilio	Ocupación
Padre PAUL VEGAZQUEZ LINARES	<input checked="" type="checkbox"/>		PINOTEPA LOS L-A 7 REGIONES	JUBILADO
Madre GRACIELA MEDEL AMADOR	<input checked="" type="checkbox"/>		PINOTEPA LOS L-A 7 REGIONES	LAB. HOGAR
Esposa (o) LORENA CRUZ CLAVEL	<input checked="" type="checkbox"/>		PALESTINA L-45 SAMARITANIA	LAB. HOGAR
Nombre Hija (o) JORDY VEGAZQUEZ CRUZ	<input checked="" type="checkbox"/>		PALESTINA L-45 SAMARITANIA	MESEERO
Nombre Hija (o) LIA GENESIS VEGAZQUEZ CRUZ	<input checked="" type="checkbox"/>		PALESTINA L-45 SAMARITANIA	---
Nombre Hija (o)				

ESCOLARIDAD

Nombre de la Escuela	Dirección	Fechas		Años	Documento Recibido
		De	A		
Primaria PARROCIA NUESTRA SEÑORA	LAS ROSAS 306 COL. JARDIN	1984	1990	6	CERT. PRIMARIA
Secundaria SECUNDARIA 225	CARR. ASH LUIS BERTMAN	1991	1994	3	CERT. SECUNDARIA
Preparatoria					
Profesional					
Estudios de Post grado					
Comercial u otras					
Estudios que efectúa en la actualidad:					
Escuela	Horario:	Carrera ó Curso			Grado

CONOCIMIENTOS GENERALES

Idiomas que domina:	CASTELLANO
Funciones de oficina que domina:	ADMINISTRATIVO
Paquetes de cómputo que domina:	LO BASICO

EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES

Concepto	Empleo actual o último	Empleo anterior	Empleo anterior	Empleo anterior
Tiempo que prestó sus servicios	2020 - 2024	2019 - 2020	2014 - 2017	200 - 2014
Nombre de la Compañía	SITIO REPAREMA	VERASA	MUNICIPIO DE OAX	AUTOMOTRIZ BOHIA
Dirección	2 SECC. VICTOR BLANCO	VIGLETA	COSIJOPI S/N.	EX. HACIENDA CANAL
Teléfono	951 515 5638	951 210 3710	951 356 8434	951 501 5690
Puesto que desempeñaba	CONDUCTOR	VENTAS REFACC.	JEFE PPTO.	VENTAS REFACC.
Último sueldo	2300.00 APROX	1800.00 + COMISION	12000.00	3000.00 QUINC
Motivo de su separación	VOLUNTARIO	VOLUNTARIO	12000.00 VOLUN.	VOLUNTARIO
Nombre de su jefe inmediato	NOE HDZ.	ZOLIK GUA.	TERMINO TRIUNFO ING. SANTILLANA	LEONEL LOPEZ
Puesto de su jefe inmediato	COMERCIONARIO	GERENTE REFACC.	SECRETARIO MUN.	GERENTE REFACC.

DATOS GENERALES

¿Cómo se enteró de la vacante? ANUNCIO		¿Posee automóvil propio? NO	Marca —	Modelo —
¿Algún pariente trabaja en esta empresa? NINGUNO		¿Tiene deudas? NO	Importe de la deuda —	
¿Tiene otros ingresos? NO	Descríbalos: —	¿Sus gastos mensuales a cuánto ascienden? 6000.00 APROX.		
		¿Tiene crédito INFONAVIT? NO		
¿Vive en casa propia? SI	¿De cuánto es el descuento semanal de su crédito de INFONAVIT? —			
¿Paga renta? NO	Renta mensual	—		
¿Puede viajar? SI				
Fecha en que podría presentarse a trabajar LO MAS PRONTO POSIBLE				

Observaciones:

Comentarios del entrevistador

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información contenida en el presente es la verdadera, esto es, entre otras cuestiones, mi condición física, mis aptitudes y capacidades, teniendo conocimiento de las sanciones a las cuales puedo ser sometido para el caso de declarar con falsedad

Nombre y Firma del Solicitante



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: 46 AÑOS

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? NINGUNO

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) NINGUNO

6.- Te han diagnosticado COVID-19 con la prueba PCR? NO

7.- Con cuantas vacunas cuentas?

TODAS LAS VACUNAS

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:

Solicitud de Empleo

Fecha

08

05

24

Favor de llenar esta solicitud en forma manuscrita

NOTA: La información aquí proporcionada será tratada confidencialmente

Puesto que Solicita

Sueldo Mensual Deseado

FOTOGRAFIA
RECIENTE

Datos Personales

Apellido Paterno VELAZQUEZ	Apellido Materno MEDEL	Nombre(s) PAUL	9511158481	Edad 46 Años
Dirección PACESTINA L-15	Colonia SAMARITANA	Código Postal 71222	Teléfono 951 3032659	Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Lugar de Nacimiento LOMA BONITA OAXACA	E-mail: raulvelmed@hotmail.com	Fecha de Nacimiento 26-07-77	Nacionalidad <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> E	
Vive con: <input type="radio"/> Sus Padres <input checked="" type="radio"/> Su Familia	<input type="radio"/> Parientes <input type="radio"/> Solo	Estatura 1.68	Peso 70 Kg.	
Personas que dependen de Usted <input checked="" type="radio"/> Hijos <input checked="" type="radio"/> Cónyuge	<input type="radio"/> Padres <input type="radio"/> Otros	Estado Civil <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Casado	Otro (Especifique)	

Documentación

Clave Unica del Registro de Población (CURP) VEMR770726H0CLDL01	AFORE
Reg. Fed. de Contribuyentes No. VEMR770726JVB	Numero de Seguridad Social
Licencia de Manejo <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Si	Clase y No. de Licencia C"
Cartilla Servicio Militar No.	Pasaporte No.
Si es extranjero que documento le permite trabajar en el Pais	

Estado de Salud y Hábitos Personales

Actualmente ¿Cómo considera su estado de salud? <input checked="" type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Malo	¿Padece alguna enfermedad crónica? <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Si ¿Cuál?
¿Qué Deporte práctica? FUTBOL	¿Pertenece a algún Club Social o Deportivo? NO
¿Cuál es su meta en la vida? SUPERARME	¿Cuál es su pasatiempo favorito? TOCAR GUITARRA

Datos Familiares

NOMBRE	VIVE	FINADO	DIRECCIÓN	OCCUPACIÓN
Padre PAUL VELAZQUEZ LINARES	<input checked="" type="checkbox"/>		PINOTEPA N° 105 7 REGIONES	JUBILADO
Madre GRACIELA MEDEL AMADOR	<input checked="" type="checkbox"/>		PINOTEPA N° 105 7 REGIONES	LAB. HOGAR
Esposa (o) LORENA CRUZ CLAVEL			PACESTINA L-45 SAMARITANA	LAB. HOGAR
Nombres y edades de los hijos JORDY VELAZQUEZ CRUZ 23 AÑOS LIA GENESIS VELAZQUEZ CRUZ 4 AÑOS				

Escolaridad

NOMBRE DE LA ESCUELA	DIRECCIÓN	DE	FECHAS	A	AÑOS	TÍTULO RECIBIDO
Primaria PATROCINIO MARIA ZARAGOZA	LAS ROSAS N° 306 COL. JARDIN	1984	1990	6	CERT. PRIMARIA	
Secundaria o Prevocacional SECUNDARIA N° 225	CALLE A SAN LUIS BELTRAN	1991	1994	3	CERT. SECUNDARIA	
Preparatoria o Vocacional						
Profesional						
Comercial u Otras						
Estudios que efectúa en la actualidad						
Escuela	Horario	Curso o Carrera	Grado			



DIRECCION DEL REGISTRO CIVIL
CERTIFICACION DE ACTA DE

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

19825 OJIO

En nombre del Estado libre y soberano de Oaxaca
y como **JEFE DEL ARCHIVO CENTRAL del Registro Civil, Certifico y hago saber que a la foja**
Número S/N F **del Libro Número** 1 **del Registro Civil a mi cargo**
se encuentran asentados los datos siguientes:

143655

OFICIALIA: 1 No. DE ACTA: 281

CLAVE DE REGISTRO E IDENTIDAD PERSONAL

FECHA DE REGISTRO: 13/3/1978 TRECE DE MARZO DE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO

LUGAR: CD. DE LOMA BONITA, TUXTEPEC, OAXACA

C-7985228.
23-01-04.

NACIMIENTO

"CAUSA DERECHOS CONFOR-
ME AL ARTICULO 20 FRACCION
II, INCISO a) DE LA LEY DE HA-
CIENDA DEL ESTADO EN VIGOR"

REGISTRADO

NOMBRE: RAUL VELAZQUEZ MEDEL

FECHA DE NACIMIENTO: 26/7/1977 VEINTISEIS DE JULIO DE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE HORA: 4:30

LUGAR DE NACIMIENTO: CD. DE LOMA BONITA, TUXTEPEC, OAXACA

PRESENTADO: VIVO SEXO: MASCULINO COMPARECIO: AMBOS PROGENITORES

PADRES

NOMBRE: RAUL VELAZQUEZ MEDEL

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: 21 AÑOS

NOMBRE: GRACIELA MEDEL AMADOR

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: 16 AÑOS

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____ EDAD: _____ AÑOS

EL ORIGINAL DE LA PRESENTE CERTIFICACION TIENE AL MARGEN LAS SIGUIENTES ANOTACIONES:

SIN ANOTACION MARGINAL

LIC. ANTONIO GARCIA CORDERO
JEFE DE LA OFICINA DE EXP. DE DOCS.

SELLO DE LA OFICIALIA
DEL REGISTRO CIVIL

Se extiende esta certificación en cumplimiento del artículo 52 del Código Civil vigente en el Estado, OAXACA, OAX.

YRGB

ELABORO

AMH

COTEJO

A 23 DE MARZO DE 1978

C. JEFE DEL ARCHIVO CENTRAL DEL REGISTRO CIVIL, DOY FE

LIC. ROBERTO CESAR ALFARO CRUZ

NOMBRE

FIRMA

Instituto Mexicano del Seguro Social

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

Homoclave del formato
SAV-002

Fecha de publicación del formato en el DOF
31 / 07 / 2015 DD MM AAAA

Clave	Clínica
01	UMF 038
Modalidad	
10	

Datos del asegurado	
NSS:	7894771680 - 5
CURP:	VEMR770726HOCLDL01
Nombre:	RAUL VELAZQUEZ MEDEL

Nombre(s) primer apellido y segundo apellido del Beneficiario	Agregado de Identidad	Mes de nacimiento
RAUL VELAZQUEZ MEDEL	01119775	07

Documentos que presenta para comprobar el parentesco o baja

Los datos personales recabados 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.

SANTA MARÍA ATZOMPA OAXACA
28 ENERO 2021

TRÁMITE CONCLUIDO FIRMADO POR EL
IMSS.

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:CAMBIO DE CLINICA|Fecha:28 de enero 2021, 12:55:48|Folio:1611860147935521147210|Nombre o Razón Social:RAUL VELAZQUEZ MEDEL|Curp:VEMR770726HOCLDL01|Número de Seguridad Social:78947716805||

Sello digital:

A2P/BiQmT559Y+RMD5FTJj2eLs9UmRx4POIfk34Z6LVLaptFBQkuqIWk2ICDZbB/Fv/cWavzQFCuxE2kCvLJJRo8v8TJYeRpmcf0uQ8Dv4I62VJnjl6Gc7hzT5OJ6bYMNzoUlv8LuM8piJl8/FNYe4RiduGRPFcwzG+KuKnvqboE6Pw2KIRQrelreufsLf044iciC+NWTeWQFDk1pPmuYtSURIZdj7OFi9kSViJRaJYluWJpiPXXf2RPrvPha vQJ9jwDhlnTV+X+6qEkCyq9PHsQ/hSEsvqAr6ko1t9oy4766oclyrens168rP6JD5I8oWjUgObQsZmjaZHg==


Secuencia notarial:


caf4bc22-8d74-4ad4-a333-8a6cfcb8878

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)"

 INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
MÉXICO REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR







NOMBRE
VELAZQUEZ
MEDEL
RAUL
DOMICILIO
AV MONTE ALBAN EDIF 11 DEP 203
FRACC DAINZU 70403
TLACOLULA DE MATAMOROS, OAX.
CLAVE DE ELECTOR VLMRDL77072620H201
CURP VEMR770726HOCCLDL01

FECHA DE NACIMIENTO
26/07/1977
SEXO H

AÑO DE REGISTRO 1996 05

ESTADO 20 MUNICIPIO 550 SECCION 2352
LOCALIDAD 0001 EMISION 2014 VIGENCIA 2024

EDMUNDO JACOBO DOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

IDMEX1114172416<<2352075015989
7707261H2412311MEX<05<<00222<9
VELAZQUEZ<MEDEL<<RAUL<<<<<<<<<



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

Clave:
VEMR770726HOCLDL01

Nombre
RAUL VELAZQUEZ MEDEL

Fecha de inscripción
15/12/1998

Folio
28389902

Entidad de registro
OAXACA



Soy México



120044197800281

CURP Certificada: verificada con el Registro Civil

RAUL VELAZQUEZ MEDEL

PRESENTE

Ciudad de México, a 10 de mayo de 2021

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. OLGA MA. DEL CARMEN SÁNCHEZ CORDERO DÁVILA

SECRETARÍA 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 Identidad en el registro y acreditación de la identidad de la población del país, y de los nacionales residentes en el extranjero; asignando y expidiendo 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/>



SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL

INSTITUTO ESTATAL DE EDUCACION PUBLICA DE OAXACA



OAXACA

LA DIRECCION DE LA ESCUELA

TELESECUNDARIA

CON CLAVE DE CENTRO DE TRABAJO 20DTV0321T

CERTIFICA QUE

RAUL VELAZQUEZ MEDEL

ACREDITÓ LA EDUCACIÓN SECUNDARIA DE ACUERDO AL PLAN DE ESTUDIOS VIGENTE,

SEGÚN CONSTANCIAS QUE OBRAN EN EL ARCHIVO DE CONTROL ESCOLAR.

PROMEDIO GENERAL DE
APROVECHAMIENTO

7.1

SIETE PUNTO UNO

EL PRESENTE CERTIFICADO SE EXTIENDE EN OAXACA DE JUAREZ, OAXACA

A LOS OCHO DÍAS DEL MES DE JULIO DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO

FOLIO

E0028118

LUIS MIGUEL JOSE

EL DIRECTOR

ESTE CERTIFICADO ES VÁLIDO EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y NO REQUIERE TRÁMITES ADICIONALES DE LEGALIZACIÓN

CC01014



DINASTÍA AUTOMOTRIZ OAXACA, S.A. DE C.V.

A quien corresponda:

Por medio de la presente me permito recomendar ampliamente al C. Raúl Velazquez Medel, quien el tiempo que laboro con nosotros lo hizo como una persona emprendedora, honrada de buena conducta.

Se extiende la presente para los fines que se crean convenientes el día 06 de agosto del año dos mil once.

Atentamente,

Erendira Baeza Ruíz
Depto. De Refacciones



Oaxaca de Juárez Oax.

25 de mayo de 2024

A quien pueda interesar.

Es de mi agrado otorgar esta carta de recomendación al señor Raúl Velázquez Medel con residencia en la col samaritana del municipio de Santa María Atzompa, a quien tengo el honor de conocer desde hace 20 años y de quien puedo dar fe es un excelente persona, responsable y buen vecino

Puedo atestiguar que el señor Raul ha exhibido buenas costumbres y un trato cortés en cada una de las interacciones con otros miembros de la sociedad que yo he presenciado. Así mismo, puedo confirmar sus altos valores éticos que se ven reflejados en su diario actuar, es un excelente trabajador que cumple a cabalidad las labores encomendadas y es miembro respetable y productivo de la sociedad. Por estas y múltiples otras razones que con mucho gusto puedo comunicarle si lo considera necesario, es un privilegio para mí, el otorgar mi más completa y cabal recomendación personal.

Sé que, sin duda, en cualquier lugar, él dejara muy en alto su propio buen nombre y el mío. Por favor, no dude en contactarme si necesita algún dato o información adicional.

Atentamente,

Rolando Ordoñez Terán.