

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

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno <i>Venezquez</i>	Apellido Materno <i>Medel</i>	Nombre (s) <i>Raul</i>	Edad <i>46</i>	Estatura <i>1.68</i>	Peso <i>68</i>	Estado Civil <i>CASADO</i>
Dirección <i>PALESTINA L-15 COL. SAMARITANA</i>			Código Postal	Teléfono Casa: <i>9613032659</i>		Sexo <i>H</i>
Fecha de Nacimiento <i>26/07/77</i>	Lugar de Nacimiento <i>Loma Bonita O.M.C.</i>	Nacionalidad <i>Mexicana</i>	Vive con:	Sus Padres <input checked="" type="checkbox"/>	Su Familia <input checked="" type="checkbox"/>	Solo <input type="checkbox"/>
Número de Seguridad Social <i>7894771680-5</i>	Correo electrónico (e-mail)	¿Tiene licencia de manejo? <i>Si</i>	Registro Federal de Contribuyentes <i>VEN077072618</i>			
¿Cómo considera su estado de salud actual? Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>	¿Padece de alguna enfermedad crónica? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál?				
¿Qué deporte practica? <i>FUTBOL</i>	¿Pertenece a algún club social o Deportivo? <i>NO</i>	¿Cuál es su pasatiempo favorito? <i>TOCAR GUITARRA</i>				
¿Cuál es su meta en la vida? <i>SUPERARME</i>						

DATOS FAMILIARES

Nombre	Vive	Finado	Domicilio	Ocupación
Padre <i>RAUL VENEZQUEZ LIDARES</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>PALESTINA LOS L-A 7 REGIONES</i>	<i>JUBILADO</i>
Madre <i>GRACIELA MEDEL AMADOR</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>PALESTINA LOS L-A 7 REGIONES</i>	<i>LAB. Hogar</i>
Esposa (o) <i>LORENA CRUZ CLAVEL</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>PALESTINA L-45 SAMARITANA</i>	<i>LAB. Hogar</i>
Nombre Hija (o) <i>JORDY VENEZQUEZ CRUZ</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>PALESTINA L-45 SAMARITANA</i>	<i>MEJERO</i>
Nombre Hija (o) <i>LIA GENESIS VENEZQUEZ CRUZ</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>PALESTINA L-45 SAMARITANA</i>	—
Nombre Hija (o)				

ESCOLARIDAD

Nombre de la Escuela	Dirección	Fechas		Años	Documento Recibido	
		De	A			
Primaria <i>PATROCINIO MEJIA ZAMBRANO</i>	<i>LAS ROSAS 306 COL. JARDIN</i>	<i>1984</i>	<i>1990</i>	<i>6</i>	<i>CELI. PRIMARIA</i>	
Secundaria <i>SEUNARIA 225</i>	<i>CHVR. A.S.H LUIS BUSTAMAN</i>	<i>1991</i>	<i>1994</i>	<i>3</i>	<i>CELI. SECUNDARIA</i>	
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 BÁSICO

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	2010 - 2014
Nombre de la Compañía	SITIO REFORMA	VERASA	MUNICIPIO DEOAX	AUTOMOTRIZ BOINA
Dirección	2 SECC. VICTOR GAVI	VIGELIA	COSJOPI S/N.	EX-HAGENAU CABA.
Teléfono	951 515 5638	951 210 3710	951 356 8434	951 501 5690
Puesto que desempeñaba	CONDUCTOR	VENTAS REFOR.	JEFE DPTO.	VENTAS REFOR.
Último sueldo	2300.00 APROX	1800.00 CON CÁLICIÓN	12000.00	3000.00 QUINC.
Motivo de su separación	VOLUNTARIO	VOLUNTARIO	12000.00 VOLUNT.	VOLUNTARIO
Nombre de su jefe inmediato	NOE HUZ.	ZULIK GUA.	PERUANO TRICHEO LNG. SANTILLANA	LEONEL IGLEZ
Puesto de su jefe inmediato	CONCEJUANARIO	GERENTE REFOR.	SECRETARIO HUH.	GERENTE REFOR.

DATOS GENERALES

¿Cómo se enteró de la vacante?	Anuncio		
¿Algún parente trabaja en esta empresa?	NINGUNO		
¿Tiene otros ingresos?	NO	Describálos:	—
¿Vive en casa propia?	Si	—	—
¿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

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

Fecha

08

105

24

Puesto que Solicita

Sueldo Mensual Deseado

FOTOGRAFIA
RECIENTE

Datos Personales

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

Documentación

Clave Unica del Registro de Población (CURP) VERMR770726H0CLDLO1	AFORE		
Reg. Fed. de Contribuyentes No. VERMR770726JY8	Número de Seguridad Social	Cartilla Servicio Militar No.	Pasaporte No.
Licencia de Manejo <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Sí	Clase y No. de Licencia C II	Si es extranjero que documento le permite trabajar en el País _____	

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"/> Sí ¿Cuál? _____	
¿Qué Deporte práctica? 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	DIRECCIÓN	OCCUPACIÓN
Padre RAUL VELAZQUEZ LINARES	/		PINOTEPA N° 105 7 REGIONES	INVESTIGADOR
Madre GRACIELA MEDEL AMADOR	/		PINOTEPA N° 105 7 REGIONES	LAB. HOGAR
Esposa (o) LORENA CRUZ CLAVEL			PACESTIHA L-45 SAMARITANA	LAB. HOGAR
Nombres y edades de los hijos JORDY VELAZQUEZ CRUZ 13 AÑOS LIA GENESIS VELAZQUEZ CRUZ 4 AÑOS				

Escolaridad

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

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	Clínica	Datos del asegurado
01		NSS: 7894771680 - 5
Modalidad	UMF 038	CURP: VEMR770726HOCLDL01
10		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 los 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:

- IMSS-02-066-A IMSS-02-066-B IMSS-02-066-C IMSS-02-066-D IMSS-02-066-E
- IMSS-02-066-F IMSS-02-066-G IMSS-02-066-H IMSS-02-066-I IMSS-02-066-J
- IMSS-02-066-K IMSS-02-066-L IMSS-02-066-M IMSS-02-066-N IMSS-02-066-O

Cadena original: ||Invocante:portalamssdigital||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||

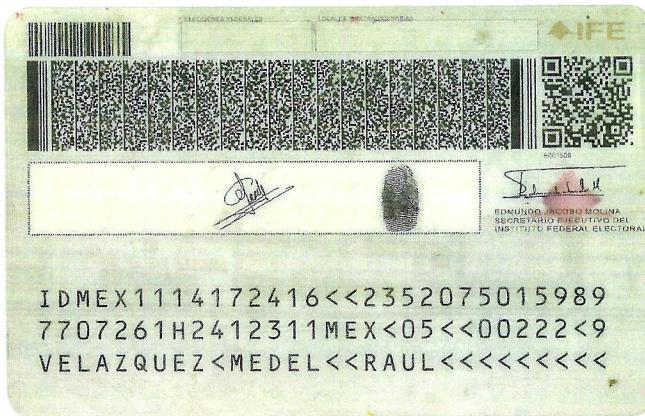
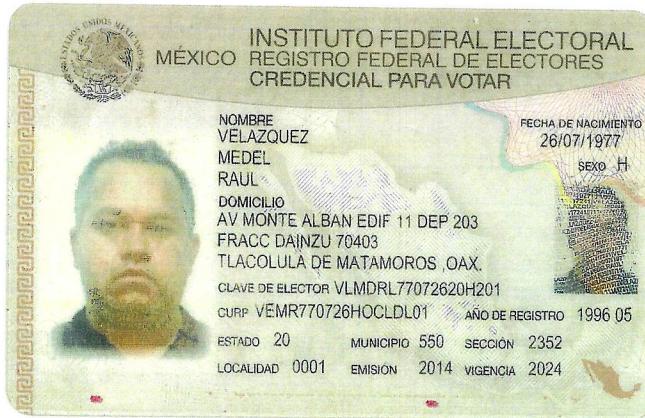
Sello digital: A2P/BiQmT559Y+RMD5FTJj2eLs9UmRx4P0lfk34Z6LVLaptFBQkuqIwK2lCDZbB/Fv/cWavzQFCUxE2kCvLJRo8v8TJYeRpmlcf0uQ8Dv4I62VJnjlg6Gc7hzT5OJ6bYMNzoUlv8LuM8piJl8/FNYe4RiduGRPfCwxzG+KuKnvqboE6Pw2KIRQrelreufsLfi044iciC+NWTewQFDk1pPmuYt5URlZdj7Ofi9kSviVJRajYluWJpiPXXf2RPrvPHavQJ9jwDhlnTV+X+6qEkCyq9PhsQ/hSEsvqAr6ko1t9oy4766oclyrens168rP6JDS18oWjUgObQsZmjazHg==

Secuencia notarial: caf4bc22-8d74-4ad4-a333-8a6fcfba8878

Número de serie: 00000000000000000000000000000000

"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, Delegación Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F. Tel. 01 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx





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

DIRECCIÓN GENERAL DEL
REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN
E IDENTIDAD



Clave:

VEMR770726HOCLDL01



Nombre

RAUL VELAZQUEZ MEDEL

Soy México

Fecha de inscripción

15/12/1998

Folio

28389902

Entidad de registro

OAXACA



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 **TEL CURP**, 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 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.

SISTEMA
EDUCATIVO NACIONAL
OAXACA

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



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 labore 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 Ruiz
Dept. 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 cortes 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.