SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES DEL COLEGIO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

FORMATO DE RECLAMACIÓN DE PAGO

FECHA	PLANTEL

FILIACIÓN	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

DOMICILIO PARTICULAR Y TELÉFONO	MUNICIPIO

PLAZAS QUE AFECTAN SU PAGO

(Horas base, provisionales y/o plazas de jornada)

HORAS BASE O PLAZA ADMINISTRATIVA DE BASE	HORAS PROVISIONALES O DE TIEMPO FIJO	PLAZA ADMINISTRATIVA PROVISIONAL	FECHA DE NOMBRAMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

_____

FIRMA DEL INTERESADO

OBSERVACIONES DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS: