



**SINDICATO ESTATAL DE TRABAJADORES AL SERVICIO DE LA
UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

FORMATO INDIVIDUAL PARA TRÁMITE DE PAGO DE DÍAS LABORADOS
ADICIONALMENTE POR PERSONAL DE BASE

Folio Número

SETSUV

CLAVE DE ZONA	CLAVE DEP.	N° PERSONAL	R. F. C.

CAT.	CVE. PER.	CONCEPTO	N° DÍAS	QUINCENA

DATOS DEL TRABAJADOR _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

ADSCRITO A LA DEPENDENCIA _____
 Facultad, Unidad, Escuela, Instituto

CIUDAD _____

DÍA(S) TRABAJADO(S)	NOMBRE DEL TRABAJADOR AL QUE SUSTITUYE		NÚMERO PERSONAL	PUESTO DESEMPEÑADO	TURNO	MOTIVO	NOMBRE Y FIRMA DEL DELEGADO SINDICAL DE LA DEPENDENCIA
	APELLIDO PATERNO	MATERNO NOMBRE(S)					
DÍA	MES	AÑO					

*NO llene los espacios sombreados

JUAN MENDOZA GUTIÉRREZ
 SECRETARIO GENERAL

ARTURO MUÑOZ NARCIA
 SECRETARIO DE TRABAJO Y CONFLICTOS

FIRMA DEL TRABAJADOR