



**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.

Nº PERSONAL

R. F. C.

CAT.	CVE. PER.	CONCEPTO	Nº 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 APELLIDO PATERNO    MATERNO NOMBRE(S)		NÚMERO PERSONAL	PUESTO DESEMPEÑADO	TURNO	MOTIVO	NOMBRE Y FIRMA DEL DELEGADO SINDICAL DE LA DEPENDENCIA
DÍA	MES	AÑO							

\*NO llene los espacios sombreados

\_\_\_\_\_  
**JUAN MENDOZA GUTIÉRREZ**  
 SECRETARIO GENERAL

\_\_\_\_\_  
**JORGE DURÁN ORTIZ**  
 SECRETARIO DE TRABAJO Y CONFLICTOS

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL TRABAJADOR**