SINDICATO ESTATAL DE TRABAJADORES AL SERVICIO DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Folio Número
_____
SETSUV

FORMATO INDIVIDUAL PARA TRÁMITE DE PAGO DE DÍAS LABORADOS
ADICIONALMENTE POR PERSONAL SUPLENTE **(COMODINES RAMA MANUAL)**

CLAVE 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						

_____
JUAN MENDOZA GUTIÉRREZ
SECRETARIO GENERAL

_____
JORGE DURÁN ORTIZ
SECRETARIO DE TRABAJO Y CONFLICTOS

_____
FIRMA DEL TRABAJADOR

*__NO__ llene los espacios sombreados