



**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 ZONA
------------

CLAVE DEP.
------------

No. PERSONAL
--------------

R.F.C.
--------

CAT.	CVE. PER.	CONCEPTO	NO. DIAS	QUINCENA

**DATOS DEL TRABAJADOR:**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

**ADSCRITO A LA DEPENDENCIA:**

Facultad, Unidad, Escuela, Instituto

CIUDAD \_\_\_\_\_

DIAS 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 SOMBRADOS