SINDICATO DE PROFESORES DEL COLEGIO DE BACHILLERES DE BAJA CALIFORNIA

Solicitud de Aclaración de Inconsistencia en Pago de Nómina

FOLIO
(Llenado interno)

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Número de empleado

Teléfono	Plantel (es) en los que labora

Carga Horaria Semestre Anterior 2021-01	Carga Horaria semestre actual 2021-02	Plaza que ostenta / tipo de docente

Marque la opción que se le descuenta vía nómina

○ INFONAVIT	○ PRÉSTAMO SPCOBACH	○ SEGURO DE VIDA	○ PAGO DE INCAPACIDAD	○ FONACOT
○ NINGUNO	○ OTRO	ESPECIFIQUE		

DESCRIBA LA PROBLEMÁTICA

FECHA Y FIRMA

_____, Baja California., _____ de _____ de 20____

ACEPTO DE CONFORMIDAD

_____ _____

NOMBRE DEL PROFESOR (A) **FIRMA**

Sello del Sindicato

C.c.p. Interesado
C.c.p. Personal

***Favor de anexar ùltimo recibo de pago**