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 2025-01	Carga Horaria semestre actual 2025-02	Categoria (s)

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**