




FORMATO DE RECLAMACIÓN DE PAGO

FECHA	PLANTEL

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
DOMICILIO PARTICULAR Y TELÉFONO					MUNICIPIO
PLAZAS QUE AFECTAN SU PAGO (Horas base, provisionales y/o plazas de jornada)					
HORAS BASE O PLAZA ADMINISTRATIVA DE BASE	HORAS PROVISIONALES O DE TIEMPO FIJO	PLAZA ADMINISTRATIVA PROVISIONAL	FECHA DE NOMBRAMIENTO		
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA					
FIRMA DEL INTERESADO					
OBSERVACIONES DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS:					

 sindicatocecytebcs@gmail.com

 Carretera al Sur, Calle E. Labastida / A. María Ruíz L2,
La Paz B.C.S. C.P. 23088, La Paz, B.C.S.