



**FORMULARIO DE RECLAMO
DE SOBRESUELDO**

NOMBRE: _____

CÉDULA: _____

SEGURO SOCIAL: _____

ESCUELA O COLEGIO: _____

No. DE POSICIÓN:

No. DE PLANILLA:

CARGO: _____

TIPO DE EDUCADOR:

ACTIVO

JUBILADO

PENSIONADO

TIPO DE RECLAMO:

RECONOCIMIENTO:

MODIFICACIÓN:

DECLARAR SIN EFECTO:

EXPLIQUE: _____

FIRMA DEL INTERESADO: _____

FIRMA DEL ANALISTA: _____