

Oaxaca de Juárez, Oax., a _____ de _____ del 20 _____.

ASUNTO: SOLICITUD DE PAGO PROPORCIONAL POR INCAPACIDAD

MTRO. GAMALIEL CABALLERO MEJÍA
SECRETARIO GENERAL DEL SUTCSEIIO
P R E S E N T E

AT'N: LIC. R. BRIANDA MARITZA ÁNGELES FIGUEROA
SECRETARIA DE PRESTACIONES DEL SUTCSEIIO

(El/La) que suscribe (**Nombre del trabajador**), (**categoría, ej. Profesor Asociado B 10 C2**) del **Bachillerato Integral Comunitario (Numero de Bic)** de (**Nombre de la comunidad de adscripción**), me dirijo a usted para que se me haga efectiva la **CLÁUSULA TRIGÉSIMA OCTAVA CUATER** establecida en el **Contrato Colectivo de Trabajo Vigente** entre el Colegio Superior para la Educación Integral Intercultural de Oaxaca y el Sindicato Único de Trabajadores al Servicio del Colegio Superior para la Educación Integral Intercultural de Oaxaca, que a la letra dice: **“Tomando en cuenta que el instituto mexicano del seguro social al incapacitar a un (a) trabajador (a) por algún padecimiento que este sufra, a excepción de estado de gravidez o accidente de trabajo, paga únicamente el 60% de incapacidad sobre salario diario integrado; el colegio se compromete a pagar el monto faltante para llegar al 100% de salario que en forma normal recibe el trabajador (a), incluido salario base y prestaciones. Acordado ambas partes que no habrá interinatos, por lo que los (as) demás trabajadores (as) del bachillerato cubrirán la carga horaria del incapacitado. Cuando la incapacidad rebase de un mes la comisión mixta académica dictaminadora valorará la contratación de un interinato”** Se anexa copia de incapacidad _____, _____, y comprobante de pago por parte del IMSS por la cantidad de \$ _____, \$ _____, .

Sin más por el momento, quedo de usted.

ATENTAMENTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.c.p. Interesado.