

PROCESO DE REVISIÓN Y AJUSTE DE NIVELES DE COMPETENCIA 2018

FORMATO DE RECLAMACIÓN

Fecha de Reclamación			
Nº Nómina	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Dirección	Manager I (Dpto.)	Sección/Taller	
Asunto Objeto de Reclamación	(*)	Nº Argumentación (**)	
Nivel de Competencia NOL			
Fecha de Efectividad del nuevo Nivel de Competencia NOL			

(*) Marcar "x" si el asunto es objeto de reclamación

(**) Identificar con número secuencial por cada elemento objeto de reclamación

Nº Argumentación	Exposición