



Fecha \_\_\_\_\_

Caso Número: \_\_\_\_\_

## PASO II Comité Conciliación

Nombre Querellante \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección del Querellante \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_ Centro Trabajo \_\_\_\_\_

Cita de la Ley, Reglamento, Orden Administrativa o Artículo que se alega fue violado:

\_\_\_\_\_

Alegación del Querellante. Breve descripción del evento y fechas: ( Incluya: fecha, hora, lugar)

(Anexar documentos pertinentes) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de Testigos \_\_\_\_\_

Petición del Querellante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### *Certificación*

Conforme con el Procedimiento para la Resolución de Quejas y Agravios entre las partes, Artículo XI, Sección 10.3 del Convenio Colectivo entre la Comisión Servicio Público y Servidores Públicos Unidos de Puerto Rico (SPU/AFSCME) certificamos:

Haber tenido una reunión del Comité de Conciliación para discutir la querrela presentada por el (la) Querellante y que como resultado la Querrela fue:

A) \_\_\_ Resuelta y que las partes acuerdan el siguiente remedio:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B) \_\_\_ No resuelta y la querrela será sometida a arbitraje.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certificado hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre del Rep. CSP: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del Rep. Unión: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_