RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD INSTITUCIONAL

PÁGINA NÚMERO _____

NÓMINA NÚM. _____

FECHA _____

_____
DEPARTAMENTO U OFICINA

TÍTULO DE LA CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	TOTAL

NÓMINA DE JORNALES DE ☐ PERSONAL IRREGULAR
☐ ESTUDIANTES

PERIODO DE _____

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)							(6)	(7)		(8)		(9)	(10)			(11)	(12)
NÚM.	NOMBRE	PUESTO O CLASIFICACION	SEGURO SOCIAL NÚM.	SEMANA TERMINADA EN ☐ DÍAS ☐ HORAS							TOTAL DE HORAS	HORAS REGULAR - HORAS EXTRA$				TOTAL DEVEN-GADO	DEDUCCIONES			TOTAL DEDUCCIONES	TOTAL NETO DEVENGADO
												HORAS	JORNAL	HORAS	JORNAL		SEGURO SOCIAL	OTRAS	00		

Certificamos que esta nómina es correcta; que los individuos aquí mencionados han prestado los servicios en el sitio y fecha arriba indicadas, que no hemos recomendado el pago de los servicios aquí incluidos en ninguna nómina anterior, y que la línea y página a continuación indicadas son las últimas utilizadas en esta nómina:

Línea _____

Página _____

_____ Fecha _____ Supervisor Inmediato

_____ Fecha _____ Decano, Jefe de Oficina o su Representante Autorizado

LLÉNESE SI ES NÓMINA DE PERSONAL IRREGULAR

Certifico que las personas relacionadas en esta nómina han sido nombradas y empleadas de acuerdo con la ley y reglamentación aplicables y que los tipos de compensaciones o jornales están correctos.

_____ Fecha _____ Director Oficina de Personal

LLÉNESE SI ES NÓMINA DE ESTUDIANTES

Certifico que las personas relacionadas en esta nómina son estudiantes de la Universidad de Puerto Rico; que han sido nombradas y empleadas de acuerdo con la ley y los reglamentos aplicables; oue lus tipos de jomalw en cada caso son los correspondlentes de acuerdo con la reglamentaci6n vigente.

_____ Fecha _____ Director Of. Servicios Sociales

Aprobado:

_____ Fecha _____ Decano, Jefe de Oficina o su Representante Autorizado

PARA USO DE LA OFICINA DE CONTABILIDAD

CIFRA DE LA CUENTA:	COMPUTOS:
Exactitud, legalidad y distribución de objetos:	Firmas:

Certifico que esta nómina ha sido debidamente examinada, que el pago no ha sido efectuado previamente y que es un cargo correcto a la asignación o fondo que se indica.

_____ Fecha _____ Decano, Jefe de Oficina o su Representante Autorizado

Certifico que estoy autorizado a efectuar desembolsos por el concepto descrito en esle documento; que los saldos en mi poder de la cuenta anticipos a efectuarse eran suficientes para hacer el pago; que realicé el pago ☐ en efectivo ☐ mediante los cheques

números _____ al _____

_____ Fecha _____ Oficial Pagador