

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
SISTEMA DE PAGO DIRECTO

FECHA DE PROCESO: / /
 (AA / MM / DD)

SEGURO SOCIAL: _____

TIPO DE PAGO: _____

NOMBRE.....: _____
 (APELLIDOS, NOMBRE)

DIRECCIÓN:
 CALLE Y NÚMERO : _____
 CIUDAD : _____
 ZONA POSTAL : _____

URBANIZACIÓN : _____
 PAIS : _____
 DEPARTAMENTO : ANATOMÍA Y NEUROBIOLOGÍA

NÚM. DEPENDIENTES : _____
 CÓDIGO EXCENCIÓN : _____
 CÓDIGO UNIDAD : _____

PERIODO QUE CUBRE EL PAGO
 DESDE: / / HASTA: / /
 AA / MM / DD AA / MM / DD

ÁREA DE CUENTA DEL EMPLEADO

NÚMERO CUENTA	SALARIO BRUTO	OBJ	SE C	DEDUC. REGULARES		OTRAS DEDUC. OBLIGACIÓN				
				COD	CANT	COD	CANT	COD	NÚM	
_____	_____	<u>1061</u>	<u>01</u>	SS	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
_____	_____			CI	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
_____	_____			SS	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____				_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____				_____	_____	_____	_____	_____	_____

**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DE INTERVENCIONES:

NÚMERO CONTRATO : _____
 FECHA : _____
 NÚMERO REFERENCIA : _____
 FECHA : _____

COMP. ADICIONAL-(REF) : _____
 FECHA : _____

ENMIENDA : _____
 FECHA : _____

ENMIENDA A C.A. (REF) : _____
 FECHA : _____

APROBADO POR _____
 DIRECTOR O REPRES. AUTORIZADO / FECHA