



INFORME PARA PAGO DE TIEMPO ADICIONAL TRABAJADO

Nombre del Empleado _____ Seguro Social: _____

Puesto o Tareas: _____

Salario Empleado: Mensual: _____ Por Hora: _____

Forma de Pago:

Tiempo Sencillo

_____ Horas x _____ P/h= \$ _____

Tiempo y Medio

_____ Horas x 1 1/2= _____ horas x _____ P/h= \$ _____

Tiempo Doble

_____ Horas x 2= _____ horas x _____ P/h= \$ _____

Ajustes _____ = \$ _____

Total a Pagar: \$ _____

Período de horas trabajadas: _____ al _____

_____	_____	_____
Sección de Asistencia	Director(a) Recursos Humanos o Representante Autorizado	Fecha

-----OFICINA, DEPARTAMENTO O DECANATO-----

_____ Certificamos tener la Asignación disponible para realizar este pago.

_____ Hemos transferido los fondos necesarios para cubrir este pago mediante documento Núm. _____.

Autorizamos se efectúe el pago correspondiente antes señalado con cargos a la cuenta _____.

_____	_____	_____
Oficial A/C Control Presupuestario	Decano, Director de Departamento u Oficina o Representante Autorizado	Fecha

-----OFICINA DE PRESUPUESTO-----

Certificamos que la cuenta _____ tiene los fondos asignados para realizar este pago.

_____	_____	_____
Analista de Presupuesto	Director(a) de Presupuesto o Representante Autorizado	Fecha

-----OFICINA DE NOMINAS-----

Número de Cuenta: _____ Código de Grupo: _____ Asignación: _____

Certifico haber trabajado este documento mediante la Nómina 2-R _____,

la cual será pagada con fecha del _____ de _____ de _____.

_____	_____
Oficial de Nóminas o Representante Autorizado	Fecha

INSTRUCCIONES

- I. Este formulario será preparado en original y dos (2) copias.
- II. El original lo mantendrá la Oficina de Nóminas para sus archivos.
- III. La Oficina de Nóminas tramitará una (1) copia a la Sección de Asistencia y una (1) copia será entregada al empleado.