

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Municipio de _____

CERTIFICACIÓN DE GASTOS DE NÓMINA

Certifico que el Sr. _____ trabajó la cantidad de _____ horas directas en el periodo comprendido entre el _____ y _____ relacionado al Proyecto _____ autorizado por la Asamblea Municipal en la Ordenanza Núm. _____ y la Resolución Conjunta Núm. _____.

El salario del empleado sin incluir beneficios marginales fue de \$ _____ la hora para un total de \$ _____.

A	B	C	D	E	F
Nombre del Empleado	Total Horas Trabajadas	Salario por Hora (sin beneficios marginales)	Salario Bruto Total (B x C)	Horas Directas Dedicadas al Proyecto	Total Admisible (C x E)

Nombre Supervisor

Firma Supervisor

Fecha

Nombre del Alcalde

Firma del Alcalde

Fecha

Nombre Director Finanzas

Firma Director Finanzas

Fecha