

Agencia: _____

Periodo de Pago: _____

DATOS DEDUCCIONES GENERALES	
1. Nombre Completo _____ Seguro Social: _____ Fecha de Efectividad: _____ Fecha de Terminación: _____ Código de Deducción: _____ Cantidad Quincenal: _____ Total Adeudado: (si aplica) _____ Cifra de Cuenta: (si aplica) _____	2. Nombre Completo _____ Seguro Social: _____ Fecha de Efectividad: _____ Fecha de Terminación: _____ Código de Deducción: _____ Cantidad Quincenal: _____ Total Adeudado: (si aplica) _____ Cifra de Cuenta: (si aplica) _____
3. Nombre Completo _____ Seguro Social: _____ Fecha de Efectividad: _____ Fecha de Terminación: _____ Código de Deducción: _____ Cantidad Quincenal: _____ Total Adeudado: (si aplica) _____ Cifra de Cuenta: (si aplica) _____	4. Nombre Completo _____ Seguro Social: _____ Fecha de Efectividad: _____ Fecha de Terminación: _____ Código de Deducción: _____ Cantidad Quincenal: _____ Total Adeudado: (si aplica) _____ Cifra de Cuenta: (si aplica) _____
5. Nombre Completo _____ Seguro Social: _____ Fecha de Efectividad: _____ Fecha de Terminación: _____ Código de Deducción: _____ Cantidad Quincenal: _____ Total Adeudado: (si aplica) _____ Cifra de Cuenta: (si aplica) _____	6. Nombre Completo _____ Seguro Social: _____ Fecha de Efectividad: _____ Fecha de Terminación: _____ Código de Deducción: _____ Cantidad Quincenal: _____ Total Adeudado: (si aplica) _____ Cifra de Cuenta: (si aplica) _____
Preparado por: _____	Fecha: _____
Aprobado por: _____	Fecha: _____