



Agencia: _____

Off Cycle Payline

Período de Pago: _____

Nombre Completo:		Seguro Social:	
Concepto/Clave:		Total:	
Tipo de Transacción: Reembolso Dedución		Período de Servicio: Desde: _____ Hasta: _____ mm/dd/aa	
Cheque Separado: Si No			
Cifra de Cuenta:		Deducciones Correspondientes al Pago:	
Cuenta: _____		Otras: _____	
Asignación: _____		Fondo de Retiro: _____	
Año Presupuestario: _____		Fondo de Ahorro: _____	
Fondo: _____		Seguro Social: _____	
Departamento: _____		Medicare: _____	
Programa: _____		Contribución	
Proyecto/Grant: _____		Sobre Ingresos: _____	
Aportación Patronal:		Otras:	
Sistema de Retiro: _____		_____	
FSE: _____		_____	
Plan Médico: _____		_____	
Observaciones: _____ _____ _____			
* Favor entregar en o antes de la fecha límite indicada.			
Preparado por:		Teléfono:	
Fecha:		Fax:	
Firma Autorizada : (Agencia)		Fecha:	
Nota: Si esta haciendo un ajuste a una línea de pago, y necesita una clave de deducción, refiérase a la lista de Clave de Deducciones.			
Conceptos:			
BAS	Bono de Asistencia	PUN	Pagos de Uniformes
DIP	Diferencial Permanente	PVR	Licencia Vacaciones
DIT	Diferencial Temporero	SER	Pago de Salario Extra Regulares
LEE	Licencia Enfermedad en Exceso	SRE	Pago de Salarios Regulares
LIE	Licencia por Enfermedad	TCR	Tiempo Compensatorio-Regular
PPR	Bono por Productividad	VEX	Pago por Vacaciones en Exceso
PRR	Pago Retroactivo Regular		

Rechazado: _____

Aceptado: _____

Por: _____