Modelo SC 806
Reglamento Núm. 9

7 de julio de 2026

GOBIERNO DE PUERTO RICO

NÓMINA DE _____

Nómina Núm. _____

Página Núm. _____

ÍntegraPR

En _____,_____,
Departamento o Dependencia Unidad

Período que cubre esta nómina

CIFRA DE CUENTA								
Fondo	Agencia	Centro Costo	Programa	Año Pres.	Asig.	Cuenta	Proyecto	Interfondo

Número Seguro Social	Nombre	Período Servicio	Honorarios o Compensaciones		Otros		Tipo a Pagar	Total Devengado	Deduc. Modelo SC 745 Fecha_____Núm.____		Otras	Cantidad Neta a Pagar	Firma del Reclamante Núm. del Cheque u otra información	Pagos no reclamados
			Horas	Importe	Descripción	Importe			Cont/Ing. Pago al Corr.	Seg. Soc. Federal				
Totales														

CERTIFICO que esta nómina es correcta; que de acuerdo con nuestros récords, los individuos que se mencionan tienen derecho a recibir las cantidades que se especifican al lado de sus nombres respectivos, de acuerdo con la ley aplicable; que estos pagos no han sido efectuados anteriormente; y que la línea Núm. ___ de la página núm. ____ es la última línea usada.

Fecha _____ Nombre y Firma _____

Título _____

CERTIFICO que he verificado la firma del oficial que aparece en la esquina inferior izquierda; que las deducciones de esta nómina por concepto de Contribución sobre Ingresos, Seguro Social Federal y otras, se han hecho de acuerdo con la ley; y que no he recomendado previamente la aprobación de esta nómina, por lo cual autorizo su pago.

Jefe Depto. o su Representante Autorizado _____

Fecha _____

Menos: Pagos no reclamados.....

Total pagado.....

CERTIFICO que esta nómina ha sido debidamente examinada; que he verificado la firma del Jefe del Departamento o su Representante Autorizado; que esta nómina es un cargo correcto contra la asignación o fondo arriba indicado; que estoy autorizado a hacer desembolsos por este concepto; que el saldo en mi poder de este fondo es suficiente para hacer estos pagos y que el pago se está haciendo con el Cheque Núm. _____ o los Cheques Núm. ____ al Núm..______con fecha de _____ contra el Banco_____

Fecha _____ Nombre y Firma del OPE o Auxiliar _____

Total no Reclamado

Para uso Contabilidad Central de Gobierno

Exactitud, Legalidad, Cifra de la Cuenta, Cómputos y Otros Cotejos

Verificados

Consultas Resueltas

Supervisor