

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE FINANZAS
OFICINA DE NOMINAS

SOLICITUD DE CERTIFICACION

NOMBRE: _____
Nombre con los dos apellidos

FECHA: _____

DIRECCION: _____

SEGURO SOCIAL: _____
Incluir los 9 dígitos

Facultad, Departamento u Oficina

TELEFONOS: _____
Extensión

_____ Residencial

_____ Celular

CERTIFICACION SOLICITADA

Sueldo y Deducciones

Bono de Navidad

Plan Médico _____ Período _____

Deuda para Cooperativa

Deuda para Sistema de Retiro Fecha terminación: _____

Descuentos: a. Agencia: _____

b. Meses: _____ Año: _____

Asociación de Empleados del ELA

A. Ahorros

B. Préstamo

C. Seguro

Período: _____

Comprobante de Retención (W-2) Año Contributivo: _____

Otras: _____

Propósito: _____

Firma del Solicitante

NOTA: SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN CON FOTO AL MOMENTO DE RECOGER LA CERTIFICACIÓN. UNA VEZ PROCESADO EL DOCUMENTO, NUESTRA OFICINA LE LLAMARÁ PARA EL RECOGIDO DEL MISMO, A MENOS QUE USTED SOLICITE QUE SE LE ENVÍE POR CORREO.