



PROGRAMA DE TARJETA DE CRÉDITO

"Con la Asociación de Empleados, sé que lo estoy haciendo bien"

P O BOX 70290 San Juan, Puerto Rico 00936-8290
Tel. 787-641-4432 / Fax: 787-641-4134

CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA

(PARA SER COMPLETADA EN SU TOTALIDAD POR LA OFICINA DE PERSONAL DE SU AGENCIA. NO PUEDE TENER BORRONES, CORRECCIONES O TACHADURAS.)

Certifico que _____ cuyo número de seguro social es _____ es empleado de esta unidad gubernamental, que no ha presentado carta de renuncia a la fecha de esta certificación, ni esta agencia contempla al presente separarlo del servicio y que la información de esta certificación es correcta.

Fecha en que comenzó a cotizar ahorros en esta unidad. Indique: _____
Mes / Día / Año

Fecha del último descuento por concepto de ahorros para la Asociación _____
Mes / Día / Año

En licencia por el Fondo del Seguro del Estado: Desde _____ Hasta _____

En licencia sin sueldo: Desde _____ Hasta _____

SUELDO MENSUAL DEVENGADO \$ _____ \$ _____ \$ _____
BRUTO NETO BONO DE NAVIDAD

STATUS DEL EMPLEADO EN EL PUESTO QUE OCUPA

Regular _____

De Confianza

Con Derecho Reinstalación _____

Sin Derecho Reinstalación _____

Firma Registrada en la Asociación del Jefe de la Unidad Gubernamental o su Representante Autorizado

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FECHA DE CERTIFICACIÓN

Probatorio

Con Derecho Reinstalación _____

Sin Derecho Reinstalación _____

Transitorio con Derecho a Reinstalación _____

Término Fijo _____

Fecha de Expiración _____

Nombre Agencia _____

Núm. Agencia _____

Negociado _____

Nota: Esta certificación será válida si la recibimos durante diez (10) días laborables desde la fecha que fue completada. Tiene que venir acompañada del último talonario de su cheque mensual.