

CANCELACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

Número de Seguro Social: _____

Nombre del Empleado : _____

Fecha de Cancelación : _____

Observaciones: _____

La efectividad de esta cancelación será el próximo período de pago, a partir de esta fecha. Cualquier reclamación por concepto de salarios acreditados a las cuentas conforme a esta cancelación, se hará directamente a la Universidad de Puerto Rico, Oficina de Nóminas del Recinto de Río Piedras.

Acepto la responsabilidad por la devolución de cualquier cantidad que se acredite indebidamente a mi cuenta bancaria. En caso de incumplimiento, la Universidad podrá declararme deudor.

Fecha: _____

Firma del empleado: _____