|  |
| --- |
|  |
| Lugar y fecha |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Zona de pago |  | Centro de trabajo |

|  | **Número de empleado** | **Nombre** | **Cantidad de horas de nombramiento a la quincena 09/2024** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **XXXXXXXXXX** | *Sello oficial de la dependencia* | **XXXXXXXXXXXXXX** |
| Nombre y firma del pagador habilitado del centro de trabajo | Nombre y firma del titular del centro de trabajo |