

Reporte de Problema de Pago

Por favor llene la forma y regrese vía fax (312)819-2453 o entrega a Supervisor, entre 3 días de recibir su cheque de pago. Si hay un error de pago será corregido en el siguiente 1-2 cheques de pago.

Nombre de Empleado: _____ # de Pin: _____

Periodo de Pago: _____ Fecha de Pago: _____

Problema/Error: _____

Incluir todas las horas por edificio por día.

Primer Semana

| Fecha | | | | | | | |
|----------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Dia | Lunes | Martes | Miercoles | Jueves | Viernes | Sabado | Domingo |
| Bldg #: | | | | | | | |
| Bldg #: | | | | | | | |
| Bldg #: | | | | | | | |
| Bldg #: | | | | | | | |
| Total de Horas | | | | | | | |

Segunda Semana

| Fecha | | | | | | | |
|----------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Dia | Lunes | Martes | Miercoles | Jueves | Viernes | Sabado | Domingo |
| Bldg #: | | | | | | | |
| Bldg #: | | | | | | | |
| Bldg #: | | | | | | | |
| Bldg #: | | | | | | | |
| Total de Horas | | | | | | | |
| Date | | | | | | | |

OFFICE USE ONLY:

No Pay Discrepancy Reviewed by: _____ Date: _____

Pay Discrepancy Hours Difference: _____ Pay Difference: _____

Reviewed by: _____ Date: _____