

PARTE B

INFORME PATRONAL

1. Nombre y apellidos del(la) trabajador(a)		2. Núm. de Seguro Social	3. Número empleado(a)
4. Ocupación	5. Salario semanal \$ _____ mensual \$ _____	6. Horario semanal regular _____ horas	7. ¿Se requiere licencia de conducir para realizar sus tareas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Está asegurado voluntariamente con la Ley Núm. 139 de 1968? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trabajadores incluidos _____		9. El(la) trabajador(a) está asegurado con: Seguro Choferil <input type="checkbox"/> SINOT <input type="checkbox"/> _____ %	
10. Contribución patronal al SINOT _____ %	11. Último día que trabajó físicamente: (Mes-Día-Año)		12. Cesantía efectiva en: (Mes-Día-Año)
13. Razón de cesantía:		14. Día que regresó a trabajar: (Mes-Día-Año)	
15. ¿La incapacidad está relacionada con el trabajo?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha informe accidente (Mes-Día-Año) _____ Núm. caso C:F.S.E. _____		16. ¿La incapacidad está relacionada con un accidente de automóvil?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
17. ¿Están sus trabajadores asegurados para el SINOT por un plan privado o autoasegurado autorizado por el Secretario del Trabajo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique, Núm. de plan _____ Co. Aseguradora _____			
18. ¿Hizo algún pago al(la) empleado(a) durante su incapacidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique:			

TIPO DE PAGO	CANTIDAD (BRUTA)	TOTAL DE DÍAS	PERIODO		FECHA EN QUE EFECTUÓ O EFECTUARÁ EL PAGO (Mes-Día-Año)
			DESDE (Mes-Día-Año)	HASTA ((Mes-Día-Año)	
<input type="checkbox"/> Vacaciones					
<input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad					
<input type="checkbox"/> Licencia por maternidad					
<input type="checkbox"/> Pago voluntario <input type="checkbox"/> Regalía <input type="checkbox"/> Nómina					
<input type="checkbox"/> Pensión o retiro					
<input type="checkbox"/> Días feriados ¿Cuáles?					
<input type="checkbox"/> Otros (Especifique)					

19. Si esta reclamación es por maternidad, indique el salario semanal o promedio utilizado para el pago por la Ley Núm. 3 de 1942; \$ _____. Si usted no pagó, explique:

20. **Nombre del patrono:**

Dirección postal		Dirección física	
Teléfono		E-mail	
Fax		Núm. de cuenta FEDERAL	
Núm. de cuenta Seguro por Desempleo y SINOT	<input style="width:100%;" type="text"/>	Núm. de cuenta FEDERAL	<input style="width:100%;" type="text"/>

21. TRIMESTRES TRABAJADOS*	AÑO	SALARIOS
Enero a Marzo	2	\$
Abril a Junio	2	\$
Julio a Septiembre	2	\$
Octubre a Diciembre	2	\$

22. En caso de **TRABAJO AGRÍCOLA**, COMPLETE: Nombre y número de finca:

Someter evidencia: Copia planillas trimestrales y cheques cancelados.

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta. Sé que la Ley, en su Sección 11(a), impone penas graves---como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal---por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.

Nombre del patrono (o su representante autorizado en letra de molde)	Puesto que ocupa:
Firma del patrono (o su representante autorizado)	Fecha (Mes-día-año)

PARA USO OFICIAL

EL PATRONO TIENE PLAN PRIVADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Funcionario autorizado	EL PLAN ES CONTRIBUTIVO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Funcionario autorizado
--	------------------------	---	------------------------