



PR-SD-642
 Rev. 12/77

 (Nombre y Dirección de la Agencia)

INFORMACION SOBRE EMPLEO Y SALARIOS

1. NOMBRE DEL EMPLEADO		2. NUMERO DE SEGURO SOCIAL							
					-		-		
3. SALARIOS DEVENGADOS DURANTE LOS ULTIMOS SEIS TRIMESTRES NATURALES		4. STATUS DEL EMPLEADO							
FECHA TERMINACION DEL TRIMESTRE	SALARIO BRUTO DEVENGADO	<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> TRANSITORIO <input type="checkbox"/> DE CONFIANZA <input type="checkbox"/> PLAN FEDERAL INDIQUE NOMBRE Y TITULO DEL PLAN							
	\$								
	\$								
	\$								
	\$								
	\$	<input type="checkbox"/> OTROS							
	\$	EXPLIQUE:							
	\$								

PUESTO QUE OCUPABA:

DESCRIPCION DE LOS DEBERES DEL PUESTO (SE COMPLETA UNICAMENTE PARA LOS EMPLEADOS DE CONFIANZA):

7. VACACIONES

A. VACACIONES REGULARES PAGADAS

B. IMPORTE PAGADO VACACIONES REGULARES

C. VACACIONES ENFERMEDAD HASTA :

D. IMPORTE PAGADO VACACIONES ENFERMEDAD:

8. INFORMACION SOBRE CESANTIA

ULTIMO DIA DE PAGO

RAZON DE CESANTIA O SEPARACION:

9. NOMBRE OFICIAL DE LA AGENCIA O SUBDIVISION:

10. NUMERO DE CUENTA PATRONAL:

11. CERTIFICACION PATRONAL:

CERTIFICO QUE LA INFORMACION OFRECIDA ES CORRECTA:

 NOMBRE Y TITULO DEL OFICIAL AUTORIZADO

 FIRMA OFICIAL AUTORIZADO

 FECHA

 NUM. DE TELEFONO

AVISO AL EMPLEADO: LOS EMPLEADO DEL GOBIERNO ESTATAL Y MUNICIPAL TIENEN DERECHO A RECIBIR BENEFICIO DE COMPENSACION POR DESEMPLEO. CONSERVE ESTE FORMULARIO Y PRESENTELO AL ESTABLECER SU RECLAMACION EN LA OFICINA LOCAL DEL NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO MAS CERCA A SU RESIDENCIA.

EL NO PRESENTAR ESTE FORMULARIO CAUSARA DEMORA EN EL PAGO DE LOS BENEFICIOS A LOS CUALES TENGA DERECHO.

***CUALQUIER ALTERACION A ESTE FORMULARIO LA INVALE**

VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

A. PROPOSITO:

Este formulario lo utilizarán todas las agencia y municipios del Gobierno de Puerto Rico, para ofrecer información al empleado sobre su empleo y los salarios devengados. Esta información se utilizará para la reclamación de Seguro por Desempleo.

B. PREPARACION:

Original y dos (02) copias.

C. ENCASILLADOS:

Anote toda la información pertinente al empleado.

ENCASILLADO 1: Nombre completo del reclamante

ENCASILLADO 2: Su número de Seguro Social

ENCASILLADO 3: Anote los salarios devengados por el reclamante, durante los últimos seis (06) trimestres naturales. Incluya el trimestre en el cual el reclamante queda cesante.

ENCASILLADO 4: Indique que tipo de nombramiento tenía el empleado. Si trabajó con Plan Federal, indique nombre y título del Plan.

ENCASILLADO 5: Indique el puesto que ocupaba en la Agencia.

ENCASILLADO 6: Si el puesto que el empleado ocupada está clasificado como de confianza, haga una breve descripción de los deberes del puesto.

ENCASILLADO 7: Anote el número de los días de vacaciones regulares y vacaciones por enfermedad y el monto pagado por dichas vacaciones en los espacios correspondientes.

ENCASILLADO 8: Indique el último día de trabajo y la razón de cesantía.

ENCASILLADO 9: Nombre oficial de la Agencia o subdivisión.

ENCASILLADO 10: Anote el número de cuenta patronal que le fue asignado por el Negociado de Seguridad de Empleo.

ENCASILLADO 11: La persona a cargo firmara una certificación patronal. Indicará nombre, título de su puesto y número de teléfono.

D. DISTRIBUCION:

Entregue el original y una copia dentro de un sobre al reclamante para que lo entregue en la oficina donde establezca su reclamación. Conserve una copia en el expediente del reclamante.