DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
PROGRAMA DE SEGURO SOCIAL PARA CHOFERES Y OTROS EMPLEADOS

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIONES DE SEGURO CHOFERIL

Edificio Prudencio Rivera Martínez, Piso 9
505 Avenida Muñoz Rivera, San Juan, Puerto Rico 00918
Teléfonos (787) 754-5353 (Cuadro)
(787) 754-5284 (Directo) Fax (787) 754-9224

☐ Marque algún cambio en su condición de patrono o su dirección. Anote el reverso.

Check if there was change on your employer status, or your mailing address. Write change on back.

PARA USO DE LA AGENCIA – FOR AGENCY USE ONLY								
FECHA DE PAGO	MES	DIA	AÑO	FORMA DE PAGO	CK	EFE	VERIF.	NUMERO DE RECIBO

*Favor de remitir el cheque a favor del Secretario de Hacienda

*Please submit the check payable to Secretario de Hacienda

NUMERO CUENTA PATRONAL ESTATAL STATE EMPLOYER ACCOUNT NUMBER
Trimestre terminado en:/ Quarter ended:

SEGURO SOCIAL PARA CHOFERES Y OTROS EMPLEADOS

1. Total de Semanas Trabajadas Total Weeks Paid		
2. Total de Contribución a Pagar Total Tax Due		
3. Importe Pagado Payment Amount		
4. Firma del Patrono u Oficial Autorizado Employer Signature or Authorized Agent		
5. Correo Electrónico E-mail	**6. Teléfono** Phone No.	**7. Fecha** Date

DECLARACIÓN TRIMESTRAL DE SEMANAS PAGADAS A CADA EMPLEADO

Todos los encasillados tienen que ser completados en su totalidad para ser procesada.

1. Núm. de Seguro Social del Empleado Employee's Social Security Account Number **(ANOTAR LOS NUEVE DÍGITOS)**	**2. Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial)** Employee's Name (Last Name, First Name, Middle Name)	**3. Núm. de Licencia** License Number **(ANOTAR TODOS LOS DÍGITOS)**	**4. Total de Semanas** Total Weeks