

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

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIONES
DE SEGURO SOCIAL CHOFERIL

Edificio Prudencio Rivera Martínez, Piso 9
505 Avenida Muñoz Rivera, San Juan Puerto Rico 00918
Teléfonos(787)754-5353(Cuadro)(787)754-5284,
(787)754-5285(Director)Fax(787)754-9224

☐

Marque algún cambio en su condición de
patrono a su dirección. Anote en reverso.

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

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

*Please submit the check payable
To Secretario de Hacienda

PARA USO DE LA AGENCIA-FOR AGENCY USE ONLY

FECHA DE PAGO	MES	DIA	AÑO	FORMA DE PAGO	CK	EFE	VERIF.	NUMERO DE RECIBO

NUMERO CUENTA PATRONAL ESTATAL
STATE EMPLOYER ACCOUNT NUMBER

Trimestre terminado en:/ Quarter ended:

SEGURO SOCIAL PARA CHÓFERES
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-Título Position	6-Teléfono Phone No. 7-Fecha Date

DECLARACIÓN TRIMESTRAL DE SEMANAS PAGADAS A CADA EMPLEADO

1- Num. De Seguro social del Empleado Employee's Social Security Account Number	2-Nombre Del Empleado (Apellido,Nombre,Inicial) Employee's (Last Name,First Name, Middle Name)	3-Num. de Licencia License Number	4-Total de Semanas Total Weeks