PARA USO DE LA AGENCIA-FOR AGENCY USE ONLY CK EFE VERIF.

NUMERO DE RECIBO

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

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

FECHA

DE

PAGO

MES

DIA

AÑO

FORMA

DE **PAGO**

Marque algún cambio en su condición de

patrono a su dirección. Anote en reverso.

PO BOX 344 San Juan PR 00936 *Please summit the check payable To Secretario de Hacienda *Please summit the check payable To Secretario de Hacienda *Please summit the check payable Trimestre terminado en:/ Quarter end **SEGURO SOCIAL PARA CHÓFE Y OTROS EMPLEADOS 1-Total de Semanas Trabajadas Total Weeks Paid 2-Total de Contribución a Pagar Total Tax Due 3-Importe Pagado Payment Ampunt 4-Firma del Patrono u Oficial Autorizado Employer Signature or Authorized Agent 5-Titulo Position **Please summit the check payable Trimestre terminado en:/ Quarter end **SEGURO SOCIAL PARA CHÓFE Y OTROS EMPLEADOS 1-Total de Semanas Trabajadas	Status, or your mailing address. Write changes on back.				
1-Total de Semanas Trabajadas Total Weeks Paid 2-Total de Contribución a Pagar Total Tax Due 3-Importe Pagado Payment Ampunt 4-Firma del Patrono u Oficial Autorizado Employer Signature or Authorized Agent 5-Titulo Position DECLARACIÓN TRIMESTRAL DE SEMANAS PAGADAS A CADA EMPLEADO 1- Num. De Seguro social del Empleado Employee's Social Security Account Number Employee's (Last Name, First A TOTAL - VOTROS EMPLEADOS	PO BOX 344	favor d *Please	del Secretario de Hacienda e summit the check payable	NUMERO CUENTA PATRONAL ESTATAL STATE EMPLOYER ACCOUNT NUMBER Trimestre terminado en:/ Quarter ended:	
Total Weeks Paid 2-Total de Contribución a Pagar Total Tax Due 3-Importe Pagado Payment Ampunt 4-Firma del Patrono u Oficial Autorizado Employer Signature or Authorized Agent 5-Titulo Position DECLARACIÓN TRIMESTRAL DE SEMANAS PAGADAS A CADA EMPLEADO 1- Num. De Seguro social del Empleado Employee's Social Security Account Number CAPELLIGION, Nombre, Inicial) Employee's (Last Name, First)					
Total Tax Due 3-Importe Pagado Payment Ampunt 4-Firma del Patrono u Oficial Autorizado Employer Signature or Authorized Agent 5-Titulo Position DECLARACIÓN TRIMESTRAL DE SEMANAS PAGADAS A CADA EMPLEADO 1- Num. De Seguro social del Empleado Empleado Empleado Empleado Empleado Empleado Empleodo Employee's Social Security Account Number 2-Nombre Del Empleado (Apellido,Nombre,Inicial) Employee's (Last Name,First 4-Total	1-Total de Semanas Trabajadas Total Weeks Paid			-	
Payment Ampunt 4-Firma del Patrono u Oficial Autorizado Employer Signature or Authorized Agent 5-Titulo Position DECLARACIÓN TRIMESTRAL DE SEMANAS PAGADAS A CADA EMPLEADO 1- Num. De Seguro social del Empleado Empleado Empleado Empleado Employee's Social Security Account Number A-Total CAPELLIGADO 3-Num. de Licencia License Number CAPELLIGADO 4-Total 4-Total CAPELLIGADO 1- Num. De Seguro social del Empleado Empleado Empleado Empleado Employee's CLast Name, First CAPELLIGADO 1- Num. De Seguro social del Empleado Emple	2-Total de Contribución a Pagar Total Tax Due				
Employer Signature or Authorized Agent 5-Titulo Position 6-Teléfono Phone No. 7-Fecha Date DECLARACIÓN TRIMESTRAL DE SEMANAS PAGADAS A CADA EMPLEADO 1- Num. De Seguro social del Empleado Empleado (Apellido, Nombre, Inicial) Employee's Social Security Account Number Employee's (Last Name, First) 6-Teléfono Phone No. 7-Fecha Date 4-Total					
Position Phone No. Date DECLARACIÓN TRIMESTRAL DE SEMANAS PAGADAS A CADA EMPLEADO I- Num. De Seguro social del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial) Employee's Social Security Account Number Phone No. Date 4-Total					
1- Num. De Seguro social del 2-Nombre Del Empleado 3-Num. de Licencia 4-To: (Apellido, Nombre, Inicial) License Number Sem. Employee's Social Security Account Number Employee's (Last Name, First					
	Empleado	(A umber En	pellido,Nombre,Inicial) nployee's (Last Name,First		4-Total de Semanas Total Wee