DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO
PO BOX 1020
San Juan, PUERTO RICO 00919-1020
Tels: (787) 754-5271 754-5265

DECLARACION DE CONTRIBUCIONES DE SEGURO POR DESEMPLEO E INCAPACIDAD

UNEMPLOYMENT AND DISABILITY INSURANCE CONTRIBUTIONS REPORT

PARA USO DE LA AGENCIA - FOR AGENCY USE ONLY								
FECHA DE PAGO	MES	DIA	AÑO	FORMA DE PAGO	CK	EFE.	COD/SAL	NUM.RECIBO	VERIF.POR

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

☐ Marque algún cambio en su condición de patrono o su dirección. Anote al reverso
Check if there was change on your employeer status, or your mailing address. Write change on back.

NUMERO EMPLEADOS EN NOMINA		
1er mes	2do mes	3er mes

1 Número de trabajadores en su nómina para el período de pago que incluye el día 12 de cada mes de este trimestre.
Number of workers on your payroll during the pay period which includes the 12 th day of each month in this quarter.

	A SEGURO POR DESEMPLEO UNEMPLOYMENT INSURANCE	B SEGURO POR INCAPACIDAD DISABILITY INSURANCE
2 Total Salarios Pagados (anote en columnas A y B) Total Wages Paid (enter in columns A and B)		
3 Salarios Pagados Sujetos a Contribucion Taxables Wages		
4 Contribucion a Pagar (multiplique por los porcientos en A y B) Contribution Due (multiply by percentage on A and B) A B		
5 Aportacion Especial (multiplique por este porciento) Special Assessment (multiply item no. 3 by this percentage)		
6 Importe del Cheque (sume las cantidades en los encasillados 4 y 5 para el total de la columna A) Amount of the check (add amounts in items 4 and 5 for total in column A)	0.00	0.00
7 Firma del Patrono u Oficial Autorizado/SIGNATURE OF EMPLOYER OR AUTHORIZED AGENT	8 Titulo/Position	9 Fecha/Date

---

DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO
PO BOX 1020
San Juan, PUERTO RICO 00919-1020

DECLARACION TRIMESTRAL DE SALARIOS PAGADOS A CADA EMPLEADO

QUARTERLY REPORT OF WAGES PAID TO EACH EMPLEOYEE

☐ Marque si informo los salarios en Cinta Magnetica o Disco Flexible.
Check if you sent the wages in Magnetic Tape or Diskette.

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

1 Num. de Seguro Social del Empleado Employee's Social Security Account Number	2 Nombre del Empleado (Apellido, nombre, inicial) Employee's Name (last name, first, midide initial)	3 Salarios Pagados al Empleado en Trimestre Total Wages Paid to Employee in the Quarter
- -		
- -		
- -		
- -		
- -		
- -		
- -		
- -		
- -		
- -		
4 Total Salarios Pagados (debe ser igual al encasillado 2 del PR-SD-10) Total Wages Paid in Quarter (same as item 2 OF PR-UI-10)		

Esta Declaración de Salarios debe acompañarse con la Declaración de Contribuciones y con cualquier otro Listado de Salarios sometido./This Wage Report should be sent along with any other wage list submitted and with the Contributions Report.

Total de Empleados en la declaración

TAXCR1

DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO
PO BOX 1020
SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-1020

CAMBIO DE DIRECCIÓN
CHANGE OF ADDRESS

NOMBRE
NAME

DIRECCIÓN
ADDRESS

CIUDAD/PUEBLO
CITY

ESTADO
STATE

ZONA POSTAL
ZIP CODE

NÚMERO DE TELÉFONO
TELEPHONE NUMBER

***Favor de remitir dos cheques a favor del Secretario de Hacienda (uno para Desempleo otro para Incapacidad). Anote el número patronal en ambos cheques.**

***Please submit two checks payable to Secretario de Hacienda (one for Unemployment and other for Disability). Write your account number on each check.**