Departamento del Trabajo
Negociado de Seguridad de Empleo
PO Box 191020 San Juan, PR 00919-1020

DECLARACION TRIMESTRAL DE CONTRIBUCIONES DE SEGURO POR DESEMPLEO E INCAPACIDAD

Quarterly Unemployment & Disability Insurance Contribution Report

Número Cuenta Patronal
Employer Account Number

Parte I - Patrono Nuevo / *New Employer*

Nombre del Negocio / *Business Name*

Dirección / *Address*

Dirección / *Address*

Pueblo, País, Código Postal / *City, Country, Zip Code*

Teléfono/ *Telephone* **Persona contacto**/ *Contact Person*

Parte II - Número de Cuenta Patronal Federal / *Tax ID Number*

Parte III - Cambio de Dirección / *Change of Address*

Dirección / *Address*

Dirección / *Address*

Pueblo, País, Código Postal / *City, Country, Zip Code*

Parte IV - Cambio en Condición de Patrono / *Change in Employer Condition*

- ☐ **Negocio Descontinuado** /*Business Discontinued*
- ☐ **Negocio Vendido** / *Business Sold*
- ☐ **Corporación Formada** / *Corporation Formed*
- ☐ **Fusión** / *Merger*
- ☐ **Otra** / *Other*

Teléfono/ *Telephone* **Persona contacto**/ *Contact person*

Parte V - Certificación / *Certification*

Certifico que la información provista está correcta.
I certify that the data provided herein is correct.

Nombre (letra de molde) / *Name (print name)*

Fecha / *Date*

Firma / *Signature*

Departamento del Trabajo
Negociado de Seguridad de Empleo
PO Box 191020 San Juan, PR 00919-1020

DECLARACION DE CONTRIBUCIONES DE SEGURO POR DESEMPLEO E INCAPACIDA
UNEMPLOYMENT AND DISABILITY INSURANCE CONTRIBUTIONS REPORT

1. **Firma** /*Signature* **Título** / *Title* **Fecha** / *Date*

2. **Número de Empleados en Nómina**
Number of Employees on Payroll

1er mes / *1rst month*	2do mes / *2nd month*	3er mes / *3rd month*

Número Cuenta Patronal
Employer Account Number

Trimestre/ *Quarter*

☐ **Planilla Suplementaria** ***Supplementary Report***
☐ **Cambios** / ***Changes*** **Dirección** / ***Address*** **Condición** / ***Condition***

		A Seguro por Desempleo *Unemployment Insurance*	B Seguro por Incapacidad *Disability Insurance*
3. Total Salarios Pagados (anote en columna A y B) *Total Wages Paid (enter in columns A and B)*		$	$
4. Salarios Pagados sujetos a Contribución *Taxable Wages*		$	$
5. Contribución a Pagar (multiplique por los porcientos en A y B) / *Contribution due (multiply by percentage on A and B)*	A / B	$	$
6. Aportación Especial (multiplique no. 4 por este porciento) *Special Assessment (multiply no. 4 by this percentage)*	A	$	$
7. Importe del cheque (sume las cantidades en los encasillados 5 y 6 para el total de la columna A) / *Amount of check (add amounts in items 5 and 6 in column A).*		$	$

Departamento del Trabajo
Negociado de Seguridad de Empleo
PO Box 191020 San Juan, PR 009191020

DECLARACION TRIMESTRAL DE SALARIOS PAGADOS A CADA EMPLEADO

QUARTERLY REPORT OF WAGES PAID TO EACH EMPLOYEE

☐ **Marque si informó los salarios en medio magnético/** ***Check if you send the wages in magnetic media.***

Número de Cuenta Patronal Estatal
Employer Account Number

Trimestre terminado en:
Quarter ended:

PARTE I - Declaración Trimestral de Salarios Pagados a cada Empleado
Part I - Quarterly Report of Wages Paid to Each Employee

Número de Seguro Social del Empleado *Employee Social Security Number*	**Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial)** *Employee Name (Last Name, Name, Initial)*	**Salarios Pagados al Empleado en el Trimestre** *Total Salaries Paid to Employee in the Quarter*

Total Salarios Pagados (debe ser igual al encasillado 3 del PR-SD-10) / *Total Wages Paid in Quarter (same as item 3 of PR-SD-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.*

Total empleados en la declaración
Total employees

Departamento del Trabajo
Negociado de Seguridad de Empleo
PO Box 191020 San Juan, PR 00919-1020

DECLARACION TRIMESTRAL DE CONTRIBUCIONES DE SEGURO POR DESEMPLEO E INCAPACIDAD

QUARTERLY UNEMPLOYMENT AND DISABILITY INSURANCE CONTRIBUTION REPORT

NUEVAS INSTRUCCIONES PARA LA ENTREGA DE SU DECLARACION TRIMESTRAL DE CONTRIBUCIONES DE SEGURO POR DESEMPLEO E INCAPACIDAD

NEW INSTRUCTIONS FOR THE SUBMITTAL OF YOUR QUARTERLY UNEMPLOYMENT AND DISABILITY CONTRIBUTION REPORT

Lea cuidadosamente las siguientes instrucciones para asegurar que su Declaración se procese correctamente.

Read carefully the following instructions to ensure your data entered is correct:

1. Cupón de Pago - Debe completar la información solicitada en los encasillados 1,2,3,4,5,6 y 7 en el cupón de pago. El número de empleados para cada mes del encasillado 2 debe ser el número de empleados hasta el día 12 de cada mes.
Payment Coupon- *Fill the data required on items 1,2,3,4,5,6 & 7 in the payment coupon. Number of employees for each month submitted in the field 2 should be the total of employees as of the 12th of the month.*

2. Información Requerida: Llene la información de las Partes I, II,III y IV, si aplica. Si llena alguna de estas partes, debe completar la Parte V.
Required Information: *Fill out the information in Parts I,II,III & IV, if applicable. Part V is a requirement if you fill any of these Parts.*

3. Pagos: Envíe dos (2) cheques a favor del Secretario de Hacienda, uno para el pago de Desempleo y el otro para Incapacidad. Asegúrese de anotar su número de cuenta patronal en ambos cheques.
Payments: *Send two (2) checks payable to Secretario de Hacienda which will cover one for Unemployment and the other for Disability. Ensure your Employer Account number is reflected on both checks.*

4. Planilla Suplementaria: Marque el encasillado de Planilla Suplementaria provisto en el Cupón de Pago solo si está añadiendo empleados que no fueron incluidos en la Declaración Trimestral original. Se requiere el envío de la Declaración Trimestral antes de enviar la Planilla Suplementaria
Supplementary Report: *Check the Supplementary Report box provided on the Payment Coupon only if you are including employees that were not included in the original quarterly report. The Quarterly Report is required prior to the submission of the Supplementary Report.*

5. Empleados: Si tiene menos de 25 empleados, llene la información solicitada en la Declaración Trimestral de Salarios Pagados a cada Empleado. De lo contrario, envíe un archivo magnético que cumpla con las especificaciones del Departamento del Trabajo.
Employees: *If you have less than 25 employees, enter their data in the Quarterly Report of Wages Paid to each Employee. Otherwise, send data in magnetic mechanism that meets the Department of Labor specifications.*

6. Patrono nuevo - Si está llenando su Declaración por primera vez, debe llenar las Partes I y II en la Declaración Trimestral de Contribuciones del Seguro por Desempleo e Incapacidad.
New Employer- *If you are filling the Quarterly Report for the first time ensure the submittal of Parts I and II in the Quarterly Unemployment and Disability Insurance Contribution Report.*

7. Cambio de dirección- Si ha cambiado su dirección, marque el encasillado en el cupón y anote la información en la Parte III de la Declaración Trimestral de Contribuciones de Seguro por Desempleo e Incapacidad.
Change of address- *In case of address change, check the section in the payment coupon and enter the data in Part III in the Quarterly Unemployment and Disability Insurance Contribution Report.*

8. Cambio en Condición de Patrono - Si hubo cambio en su condición de patrono, marque el encasillado en el cupón y llene la Parte IV de la Declaración Trimestral de Contribuciones de Seguro por Desempleo e Incapacidad.
Employer Status Change- *If your employer status has changed, check the section in the payment coupon and fill out Part IV in the Quarterly Unemployment and Disability Insurance Contribution Report.*

9. Firma requerida - Anote la Fecha, Nombre, Título y Firma de la persona que llena el informe en el cupón de pago. Si ha llenado alguna de las partes en la Declaración Trimestral de Contribuciones de Seguro por Desempleo e Incapacidad, debe también anotar la Fecha, Nombre, Título y Firma de la persona que certifica los cambios.
Signature required: *Write the Date, Name, Title and Signature of person submitting the data in the payment coupon. If you filled out any of the parts mentioned in the Quarterly Unemployment and Disability Insurance Contribution Report, you must also submit the Date, Name, Title and Signature of the person certifying the correctness of the data submitted.*

10. Teléfonos Departamento del Trabajo - Si tiene preguntas relacionadas con la entrega de su Declaración Trimestral debe comunicarse con la Sección de Contribuciones del Departamento del Trabajo al (787) 754-5270, (787) 754-5272 y (787) 754-5298.
Department of Labor - *If you have questions in relation to the submission of your Quarterly Report, you should contact the Contributions Section of the Department of Labor at (787) 754-5270, (787) 754-5272 y (787) 754-5298.*