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 (Directos) Fax (787) 754-9224

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIONES DE SEGURO SOCIAL CHOFERIL

☐ Marque algún cambio en su condición de patrono o su dirección. Anote al 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 terminando en: / Quarter ended:
-

DECLARACIÓN TRIMESTRAL DE CONTRIBUCIONES A PAGAR

1 - Total de Semanas Trabajadas Total Weeks Paid		**6 - Seguro Social** Social Security	
2 - Total de Contribución a Pagar Total Tax Due		**7 - Marbete** Sticker	
3 - Importe Pagado Payment Amount		**8 - Fecha de Pago del Marbete** Paid Date of the Sticker	
4 - Teléfono: Phone No.		**9 - Tablilla** Plate	
5 - Firma del Patrono Employer Signature		**10 - Licencia de Conducir** Driver's Licencia	