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

1300-22-07

Anejo 3

☐ 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:
-

SEGURO SOCIAL PARA CHOFERES 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 - Núm. de Seguro Social del Empleado Employee's Social Security Account Number	2 - Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial) Employee's Name (Last Name, First Name, Middle Name)	3 - Núm. de Licencia License Number	4 - Total de Semanas Total Weeks
| | |-| | |-| | | |			
| | |-| | |-| | | |			
| | |-| | |-| | | |			
| | |-| | |-| | | |			
| | |-| | |-| | | |			
| | |-| | |-| | | |			
| | |-| | |-| | | |			
| | |-| | |-| | | |			
| | |-| | |-| | | |			
| | |-| | |-| | | |			