DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO
505 AVENIDA MUÑOZ RIVERA - PISO 12
SAN JUAN, PUERTO RICO 00918
(787) 281-5673 FAX (787) 753-2097

SOLICITUD DE NUMERO PATRONAL PARA DESEMPLEO E INCAPACIDAD

	INDUSTRIAL		S/DOMESTICO
	AGRICOLA		S/F LUCRO
			GOBIERNO

COMPLETE Y DEVUELVA A LA DIRECCION QUE SE INDICA ARRIBA DENTRO DE LOS PROXIMOS QUINCE (15) DIAS. FAVOR INDICAR EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE EL NUMERO DE PATRONO (SI LO TIENE) Y CUALQUIER OTRO CAMBIO NO INFORMADO ANTERIORMENTE. LLENESE A MAQUINILLA O EN LETRA DE MOLDE CON TINTA NEGRA.

NUMERO CUENTA PATRONAL ESTATAL	NUMERO CUENTA PATRONAL FEDERAL	SOLO PARA USO AGENCIA					
		CT 1	CS	CM	TN	CC/SD	CC/SI

1. NOMBRE DEL PATRONO

2. NOMBRE DEL NEGOCIO | DBA

3. DIRECCION (APARTADO DE CORREO O URB., BARRIO, NUM. Y CALLE)

POSTAL:	FISICA:
COD	COD
Ciudad:	Ciudad:
Estado/País: ZIP+4:	Estado/País: ZIP+4:

C/Area	Teléfono-1	Teléfono-2	Fax	Unidad	COD-CH

4. CLASE ORGANIZACIÓN

☐ INDIVIDUAL ☐ SOCIEDAD* ☐ CORPORACION* ☐ COOPERATIVA* ☐ SUCESION* ☐S/F LUCRO* ☐ SOC.ESPEC*

GOBIERNO: CENTRAL ☐ MUNICIPAL ☐ FEDERAL ☐ INTERNACIONAL ☐ OTRO ☐

ESPECIFIQUE: _____

*NOTA: FAVOR INCLUIR EL CERTIFICADO DE INCORPORACION CON ESTA SOLICITUD

5. DATOS DEL DUEÑO, SOCIO U OFICIALES (PRESIDENTE, TESORERO, AGENTE RESIDENTE)

NOMBRE	PUESTO	DIRECCION RESIDENCIAL	C/AREA +TELEFONO

6. FECHA COMIENZO A EMPLEAR

DIA	MES	AÑO

7. NUM. EMPLEADOS

8. NEGOCIO NUEVO:** ☐ SI ☐ NO EN CASO NEGATIVO, NEGOCIO ADQUIRIDO EN FORMA ☐ TOTAL ☐ PARCIAL?

Anote nombre, teléfono y número patronal del dueño anterior.

SI LA ADQUISICION FUE PARCIAL SUSTANCIAL, Anote porciento:

9. NEGOCIO CONTROLADO POR OTRA ENTIDAD: ☐ SI ☐ NO

Anote nombre, dirección, teléfono y número de cuanta patronal de la entidad:

10. SI OPERA MAS DE UN NEGOCIO, ¿Desea números de cuenta separados para cada uno?

☐ SI ☐ NO

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA

NUMERO CUENTA PREDECESOR:	NUMERO CUENTA SUCESOR:	%ADQ

COD-N	AREA	INDUSTRIA	NAICS	CD-ST	COD-AUD	FECHA STATUS	FECHA EFECTIVIDAD	ATR-BASE

**NOTA:CONSIDERE EL NEGOCIO COMO NUEVO CUANDO COMIENCE A UTILIZAR EMPLEADOS

11. NATURALEZA DE ACTIVIDAD O PRODUCTO (MARQUE "X" LA QUE CORRESPONDE)- Información es confidencial

Actividad o producto	*% Ventas o Ingresos*	*Actividad o Producto*	*% Ventas o Ingresos*
☐ MANUFACTURA		☐ SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS	
☐ AGRICULTURA		☐ GERENCIAS DE COMPAÑIAS Y EMPRESAS	
☐ MINERÍA		☐ ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS	
☐ CONSTRUCCIÓN		☐ EDUCACIÓN Y SERVICIOS EDUCATIVOS	
☐ VENTA AL POR MAYOR		☐ MEDICINA Y SERVICIOS DE SALUD	
☐ TRANSPORTACIÓN Y ALMACENAJE		☐ ARTE ENTRETENIMIENTO Y RECREACIÓN	
☐ VENTA AL DETAL		☐ ALOJAMIENTO Y SERVICIOS ALIMENTICIOS	
☐ INFORMÁTICA		☐ ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	
☐ FINANZAS Y SEGUROS		☐ OTROS SERVICIOS, EXCEPTO ADMINISTRACIÓN PÚBLICA: _____	
☐ BIENES RAÍCES Y RENTA			

12. SI LA ACTIVIDAD ES MANUFACTURA, ANOTE MATERIALES PRINCIPALES Y SI EL MATERIAL UTILIZADO ES PRODUCIDO POR SU NEGOCIO:
_____
_____

13. SI LA ACTIVIDAD ES AGRICOLA MARQUE CON "X" EL PRODUCTO O ACTIVIDAD:
☐ CAÑA ☐ CAFÉ ☐ TABACO ☐ PIÑA ☐ HORTICULTURA ☐ VAQUERÍA ☐ GANADO ☐ OTROS: _____
Especifique

14. DESCRIBA ESPECIFICAMENTE LA NATURALEZA DE SU INDUSTRIA, NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO Y PRODUCTO PRODUCIDO O MERCADEADO:
_____
_____
_____

15.ESTABLECIMIENTOS Y SUCURSALES: Si opera más de un establecimiento, sucursal, finca agricola, o si desarrollara distintas actividades o cultiva más de un producto agrícola, enumérelos a continuación. Use una hoja adicional si es necesario. Si participa del "plan de información sobre establecimientos" de la Administración de Seguro Social (ERP). Indique el número que le corresponde a cada establecimiento.

NOMBRE DEL NEGOCIO O FINCA AGRICOLA	CALLE O CARR.	NÚM. O KM.	PUEBLO	ZONA POSTAL	NÚMERO CUERDAS	EMPLEO PROME-DIO	DESCRIPCIÓN BREVE DE LA NATURALEZA DE LA ACTIVIDAD O PRODUCTO	NÚMERO UNIDAD ERP

16. Si actúa como contratista general y utiliza a sub-contratistas, anote los siguientes datos de cada sub-contratista. Contrata por servicios prestados; (de ser afirmativo, complete la siguiente información)

NOMBRE	DIRECCIÓN	NATURALEZA DEL TRABAJO	NÚM. EMPL.	NÚMERO PATRONAL

17. OFICIAL A CARGO: (Oficial de la organización autorizado a dar información)
*NOMBRE:_____ PUESTO:_____ TELEFONO:_____

18. CERTIFICO: QUE LA INFORMACIÓN DADA POR MI EN ESTE INFORME ES CIERTA Y CORRECTA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER
FECHA:_____ NOMBRE:_____ FIRMA:_____

NUMERO PATRONAL O
SEGURO SOCIAL:_____ PUESTO:_____

REV.09/04-PRSD-1

*Ley de Seguridad en el Empleo de PR (NUM. 74) REGLAMENTO NUM.1 SECCIÓN 20 (G) "CUALQUIER UNIDAD DE EMPLEO O PATRONO QUE, A SABIENDAS, HICIERE UNA DECLARACIÓN FALSA EN RELACIÓN CON CUALQUIER INFORMACIÓN REQUERIDA POR LEY O POR ESTE REGLAMENTO, SERA CONSIDERADO CULPABLE DE DELITO GRAVE Y CASTIGADA CON MULTA MÁXIMA DE $1,000.00 Ó CARCEL POR UN TERMINO DE UN AÑO O AMBAS PENAS A DISCRECIÓN DEL TRIBUNAL Y CADA DIA EN QUE DICHA VIOLACIÓN EXISTA CONSTITUIRA UN DELITO POR SEPARADO".