



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
**OFICINA DEL COMISIONADO LIQUIDADOR**  
PO Box 363031, San Juan, P.R. 00936-3031  
Tel. 787-999-4777

Fecha: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS**

Nombre del Reclamante: \_\_\_\_\_

Dirección Postal y Física: \_\_\_\_\_

Número de Proveedor: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Núm. de Licencia: \_\_\_\_\_ Seg. Soc. Patronal: \_\_\_\_\_

Importe Reclamado \$ \_\_\_\_\_

Indique la fecha del periodo reclamado: \_\_\_\_\_

Evidencia que se somete junto con la Reclamación:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_

g) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Reclamante**

AFFIDAVIT NÚM. \_\_\_\_\_

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, por \_\_\_\_\_,

mayor de edad, \_\_\_\_\_, y vecino de \_\_\_\_\_,

a quien doy fe de conocer personalmente o he identificado mediante \_\_\_\_\_,

Puerto Rico, hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

SELLO DEL NOTARIO