



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Nombre de la Compañía: _____ # Seguro Social Patronal _____

FORMULARIO PARA CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del contacto: _____

Título: _____

Dirección: _____

Núm. de tel.: _____ Núm. de fax : _____ Correo electrónico: _____

Nombre del contacto anterior (si cambió): _____

Dirección de contacto anterior (si cambió): _____

Tel. de contacto anterior. (si cambió) _____ Fax No. (si cambió) _____

Dirección electrónica anterior (si cambió) _____

Firma del Presidente o Representante Principal

Fecha

Nombre a maquinilla o en letra de molde

Título

Tel. de la persona que prepara el formulario

Correo electrónico de la persona que lo prepara