

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Zis \_\_\_\_\_

FRANQUEO



Ave. F.D. Roosevelt, Esq. Ensenada  
PO Box 70128  
San Juan, PR 00936-8128

ATENCION:  
SECCIÓN SINOT

-----  
DOBLE AQUÍ

# INTEGRAND SINOT

DOBLE AQUÍ

-----

## SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PARA TRABAJADORES ASEGURADORES PO LA LEY 139

**NOTA:** Este formulario debe ser completado por los trabajadores cubiertos por la Ley de Seguro por Incapacidad No Ocupacional Temporal (SINOT), asegurados bajo el plan que administra INTEGRAND Assurance Company.

Instrucciones adicionales para solicitar los beneficios por incapacidad las encontrará al dorso de este formulario. Lea Todas las instrucciones cuidadosamente.

Para mayor información, orientese con su patrono u Oficina de Personal.

# SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PARA TRABAJADORES ASEGURADOS POR LA LEY 139

## INSTRUCCIONES

La ley de Beneficios por Incapacidad requiere que la solicitud sea radicada en los tres (3) meses al comienzo de la incapacidad. Si radica la reclamación posteriormente, deberá justificar la tardanza y puede perder sus derechos a Beneficios. Es responsabilidad suya que su Solicitud sea completada por usted, su médico y su patrono.

Al trabajador incapacitado le corresponde llenar la parte A ("Informe del Reclamante") de este formulario. De no estar la información completa y clara, la determinación se retrasará hasta tanto se aclare la misma.

La Parte B ("Certificado Médico") la deberá completar un médico o quiropráctico autorizado a ejercer su profesión en Puerto Rico o en el lugar de su residencia, o el custodio de los récords médicos de la institución en que haya recibido o este recibiendo tratamiento. Si ha estado o está en tratamiento con más de un médico, someta evidencia de cada uno.

Su patrono deberá completar la parte C ("Informe del Patrono"). Es su responsabilidad cerciorarse de que su patrono complete esta información. Evite el dejar el formulario en la oficina de su patrono, ya que esto podría ocasionar demoras en el trámite de sus beneficios por incapacidad.

Una vez haya completado la solicitud, envíela a esta dirección:

**INTEGRAND Assurance Company  
PO Box 70128  
San Juan, PR 00936-8128**

## BENEFICIOS

### POR INCAPACIDAD

La Ley de Beneficios por Incapacidad Temporal paga beneficios por enfermedades o lesiones que no se relacionen con el trabajo ni con accidentes de automóvil. Los pagos pueden fluctuar entre \$12.00 y \$113.00 semanales (a menos que la póliza diga lo contrario), y extenderse por 26 semanas. El trabajador o la trabajadora que se incapacite, deberá solicitar los beneficios en los tres (3) meses siguientes a la fecha de incapacidad. Si radica posteriormente, deberá justificar la demora.

### POR DESMEMBRAMIENTO

Si ocurriera desmembramiento o pérdida total y permanente de la vista como consecuencia de alguna incapacidad compensable por esta Ley, el trabajador o la trabajadora afectado(a) podría recibir entre \$2,000.00 y \$4,000.00 de compensación. Deberá solicitar beneficios a más tardar seis (6) meses después de que haya ocurrido el desmembramiento o la pérdida total de la vista.

### POR MUERTE ( A DEPENDIENTES)

Un beneficio por muerte de \$4,000.00 (a menos que la póliza diga lo contrario) es pagadero a los dependientes directos de un trabajador fallecido debido a una condición compensable por esta Ley, si la muerte ocurre en el año siguiente al comienzo de la incapacidad. Los dependientes podrán recibir también los beneficios por incapacidad adeudados al trabajador. Deberán solicitar estos beneficios no mas tarde de seis (6) meses después de la muerte del trabajador.

**PARTE A** **INFORME DEL RECLAMANTE** **CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS EN LETRA DE MOLDE**

1. Nombre y dos apellidos (paterno, materno o de casada)	2. Número de Seguro Social:
--	-----------------------------

3. Dirección postal donde pueda recibir correspondencia (calle, pueblo y zip code) <b>Legible, por favor.</b>	4. Dirección residencial (calle, barrio, pueblo y zip code)
--	---

5. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	6. Fecha de Nacimiento MES      DÍA      AÑO	7. Ocupación:	8. ¿Se le requiere licencia de conducir para desempeñar su trabajo?      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Contribuye al Seguro Social Choferil?      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---	---------------	---

9. Su incapacidad comenzó en : MES      DÍA      AÑO	y terminó en : MES      DÍA      AÑO
---	---

10. Al comienzo de la incapacidad estaba empleado (a) <input type="checkbox"/> desempleado (a) <input type="checkbox"/>	11. Último día trabajado anterior a esta incapacidad (Debe coincidir con la fecha indicada por su patrono) MES      DÍA      AÑO
--	---

12. ¿ Está o estuvo hospitalizado (a) por 24 horas o más? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre del hospital: _____ Fecha de hospitalización: Desde _____ Hasta _____ ¿Estuvo hospitalizado parcialmente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

13. En su opinión su incapacidad esta relacionada con:  El trabajo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Accidente de automóvil en Puerto Rico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embarazo o Aborto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14. Explique cómo, cuando y donde ocurrió su incapacidad:
--	---

15. Indique cuales fueron sus patronos durante los pasados 18 meses (Nombres y direcciones de las compañías, fechas en que trabajo y si trabajo con mas de una a la vez.)  a. Nombre: _____ Dirección: _____ Desde _____ Hasta _____  b. Nombre: _____ Dirección: _____ Desde _____ Hasta _____  c. Nombre: _____ Dirección: _____ Desde _____ Hasta _____  d. Nombre: _____ Dirección: _____ Desde _____ Hasta _____	16. Marque si esta recibido <input type="checkbox"/> o gestionado <input type="checkbox"/> beneficios de algunas de las siguientes fuentes durante el periodo de incapacidad que nos reclama: <table style="width:100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">Si</th> <th style="width:20%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Mi patrono o mi unión</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vacaciones Regulares</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Licencia por enfermedad</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Licencia por maternidad</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pensión o retiro</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Días feriados</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pago voluntario</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b. Seguro por Desempleo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c. Seguro Social para Choferes</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d. Seguro Social Federal por edad</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e. Seguro Social Federal por incapacidad</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f. Fondo de Seguro del Estado</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>g. Seguro de la ACAA</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h. Veterano (Por la misma incapacidad)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>i. Otros (Especifique)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Si	No	a. Mi patrono o mi unión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vacaciones Regulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licencia por enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licencia por maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensión o retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Días feriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pago voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Seguro por Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Seguro Social para Choferes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Seguro Social Federal por edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Seguro Social Federal por incapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Fondo de Seguro del Estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Seguro de la ACAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Veterano (Por la misma incapacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Otros (Especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No																																															
a. Mi patrono o mi unión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Vacaciones Regulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Licencia por enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Licencia por maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Pensión o retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Días feriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Pago voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
b. Seguro por Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
c. Seguro Social para Choferes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
d. Seguro Social Federal por edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
e. Seguro Social Federal por incapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
f. Fondo de Seguro del Estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
g. Seguro de la ACAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
h. Veterano (Por la misma incapacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
i. Otros (Especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															

17. Si radica su solicitud después de haber transcurrido mas de tres meses desde el comienzo de su incapacidad, explique la(s) razón(es) que tuvo para radicar la misma tardíamente.	En caso de afirmativo indique: Desde cuando: _____  Cantidad \$ _____
--	--

18. ¿Reclamo beneficios por incapacidad durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  Fecha: _____  Si contesta "Si", Indique de quien _____  Dirección: _____	
--	--

**CERTIFICACIÓN AUTORIZACIÓN Y FIRMA**

Certifico que estuve y/o estoy incapacitado para trabajar, que reclamo beneficios por incapacidad y que toda la información suministrada por mi en este formulario es cierta. Conozco que la ley impone penalidades severas por ofrecer información falsa para obtener beneficios.  
Autorizo al médico o quiropráctico de quien recibo tratamiento, o cualquier Agencia Pública o Privada, hospital o dispensario a suministrar a INTEGRAND ASSURANCE COMPANY toda la información necesaria para la tramitación de mi Solicitud de Beneficios por Incapacidad Ley 139. Fotocopia de esta autorización es considerada valida como el original.

Firma:	Fecha:	Teléfono :
Si el reclamante no puede escribir, que firme con una X en el espacio anterior y el testigo indique su nombre y dirección.	Firma del testigo	Fecha:
	Teléfono:	

**NOTA: ANTES DE SOMETER ESTA SOLICITUD, ASEGURESE QUE ESTE TOTALMENTE COMPLETADA EN TODAS SUS PARTES. SI TIENE ALGUNA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE CREA PERTINENTE, FAVOR DE SOMETERLA ADJUNTA A ESTA SOLICITUD.**

**PARTE B****CERTIFICADO MEDICO**

Este certificado debe ser llenado por un médico o quiropráctico autorizado a ejercer su profesión en Puerto Rico o en el lugar de residencia del reclamante, o en ausencia de éstos, el custodio de récords médicos. **Todos los encasillados deben ser contestados en letra de molde.**

1. Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

2. Número de récord médico: \_\_\_\_\_

3. Diagnóstico (s) y condiciones concurrentes (Legible por favor) (Indique códigos de condición):  
\_\_\_\_\_

4. El paciente ha estado en tratamiento

MES

DÍA

AÑO

DESDE

HASTA

5. En su opinión su incapacidad relacionada con:

El trabajo

Accidente de Auto

Embarazo o aborto

SI

NO

6. El (la) paciente estuvo hospitalizado (a) por 24 horas o más:  SI  NO

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión si estuvo hospitalizado parcialmente: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

7. ¿Existe pérdida total de la visión, las extremidades o tres (3) o más dedos?

SI NO 

Si la respuesta es "Sí", favor detallar y someter copia del informe quirúrgico

8. En caso de embarazo o aborto indique :

Fecha probable de alumbramiento: \_\_\_\_\_

Fecha ocurrió alumbramiento o aborto: \_\_\_\_\_

9. El paciente ha estado continuamente incapacitado (sin poder trabajar)

DESDE (Fecha) \_\_\_\_\_ HASTA (Fecha) \_\_\_\_\_

( Favor de indicar fechas exactas no indicar indeterminado, indefinido o presente )

10. Si está todavía incapacitado indique, ¿Cuándo podrá el paciente volver a trabajar?

DE FECHA EXACTA \_\_\_\_\_

( Favor de indicar fecha exacta no indicar indeterminado, indefinido o presente )

11. Fecha de último examen

MES

DÍA

AÑO

12.

**CERTIFICACIÓN Y FIRMA**

Certificó que la información arriba indicada es correcta y que soy médico o quiropráctico autorizado a ejercer mi profesión, o el custodio de récord médico. Conozco que la ley impone penalidades severas, como multa o cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa relacionada con una reclamación de beneficios por incapacidad.

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Dirección (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Número de Licencia del Médico: \_\_\_\_\_

**PARTE C**

**INFORME DEL PATRONO**

1. Nombre del trabajador:

2. Número de Seguro Social:

3. Empleado:  Unionado  No Unionado

4. Fecha de Empleo: 5. Ocupación:

6. Ultimo día de trabajo físicamente por el reclamante (Debe coincidir con la fecha indicada por el reclamante)	MES	DÍA	AÑO

7. ¿Ha regresado a trabajar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo indique: Fecha de regreso		
	MES	DÍA	AÑO

8. Salario Regular Semanal: \$

9. Horas semanales que trabaja el empleado:

10. ¿Le requieren licencia de conducir?  SI  NO ¿Cotiza al Seguro Social Choferil? SI  NO

En caso afirmativo indique Número de Licencia: \_\_\_\_\_

11. ¿Esta la incapacidad relacionada con el trabajo?  Si  NO ¿Llenó el informe de Accidente del Trabajo?  SI  NO

En caso afirmativo indique Núm. de Caso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

12. ¿Recibió pago de licencia por enfermedad durante el periodo de esta incapacidad?

SI Cantidad bruto Pagada \$ \_\_\_\_\_ Periodo cubierto DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_ DÍAS \_\_\_\_\_

NO Favor de informar la razón por la cual no se le pagó \_\_\_\_\_

¿Tiene aun balance acumulado? \_\_\_\_\_ indique cuántos días \_\_\_\_\_

13. Días Libres Regulares

14. Salarios pagados al empleado durante los últimos 5 trimestres calendario completo (No incluyendo el trimestre que se reclama)

15. Pagó usted salario por concepto de :	Cantidad Bruta	Desde	Hasta	Total de Semanas	Mas Días	Trimestre terminado en:	Cantidad Bruta Pagada
<input type="checkbox"/> Vacaciones Regulares	\$					1.	1. \$
<input type="checkbox"/> Licencia por Maternidad	\$					2.	2. \$
<input type="checkbox"/> Pensión o Retiro	\$					3.	3. \$
<input type="checkbox"/> Pagos Voluntarios	\$					4.	4. \$
<input type="checkbox"/> Días Feriados	\$					5.	5. \$
<input type="checkbox"/> Otros, especifique	\$					<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>

16. ¿Hay alguna razón por la cual el empleado no regrese a trabajar? (Ej. Suspensión, renuncia etc.)  SI  NO

Explique: \_\_\_\_\_

17. ¿Estuvo acogido al Seguro por Desempleo inmediatamente antes de incapacitarse?  SI  NO

**18. CERTIFICACIÓN Y FIRMA**

Certifico que la información suministrada por mi en este formulario es cierta. Conozco que la Ley impone penalidades severas como multa o cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa relacionada con una reclamación de beneficios por incapacidad.

**FAVOR COTEJAR QUE TODO HA SIDO DEBIDAMENTE CONTESTADO, DE HABER PREGUNTAS, FAVOR LLAMAR A INTEGRAND ASSURANCE.**

Nombre y dirección postal del patrono :	NÚM. DE PÓLIZA DBA :	Nombre, Título, Firma del oficial autorizado :
	TELÉFONO : Correo electrónico :	Fecha:

# INTEGRAND SINOT

INTEGRAND Assurance Company está suscribiendo pólizas de SINOT desde el año 1969.

Nuestro compromiso es servirles.

Para más información, puede comunicarse al (787) 781-0707 extensión 411 / 424 / 425 / 440 o escribir a :  
[Reclamacionessinot@integrand-pr.com](mailto:Reclamacionessinot@integrand-pr.com) Fax 1- 877-285- 8188 [www.integrand-pr.com](http://www.integrand-pr.com)

# **INTEGRAND Assurance Company - SINOT**

## **RECLAMANTE**

**VERIFIQUE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD NO OCUPACIONAL TEMPORAL ANTES DE ENTREGARLA A SU PATRONO**

- ✓ ESTÉ DOCUMENTO TIENE QUE ESTAR COMPLEMENTADO EN TODAS SUS PARTES EN TINTA AZUL.
- ✓ VERIFIQUE QUE ESTE FORMULARIO ESTE FIRMADO EN TODAS SUS PARTES.
- ✓ ENTREGUE LA SOLICITUD ANTES DE QUE FINALICEN LOS TRES MESES DESPUÉS DE COMENZADA SU INCAPACIDAD.
- ✓ DE ENTREGAR DESPUÉS DEL PERÍODO ESTABLECIDO POR LEY, DEBERÁ SOMETER POR ESCRITO LA RAZÓN POR LA CUAL NO LA ENTREGÓ A TIEMPO.
- ✓ PARA EVITAR DEMORAS EN EL TRÁMITE DE SU RECLAMACIÓN, DÉ SEGUIMIENTO A SU PATRONO EN EL TRÁMITE DEL MISMO.
- ✓ CUALQUIER ALTERACIÓN: BORRÓN, TACHADURA, CAMBIO DE TINTA O TIPO DE ESCRITURA EN SU NOMBRE DEBERÁ SER INICIADA POR USTED EN TINTA AZUL.
- ✓ LA TINTA PARA FIRMAR LOS DOCUMENTOS ES LA AZUL.

# INTEGRAND Assurance Company - SINOT

## MÉDICO

CUANDO COMPLETE EL CERTIFICADO DE LAS SOLICITUDES DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD NO OCUPACIONAL TEMPORAL:

- ✓ VERIFIQUE CADA RENGLÓN PARA ASEGURARSE QUE CADA UNO CONTIENE LOS DATOS EXACTOS DEL PACIENTE.
- ✓ UTILICE LETRA LEGIBLE.
- ✓ ANOTE SU NÚMERO DE LICENCIA.
- ✓ FAVOR FIRMAR EL FORMULARIO.
- ✓ RECUERDE ANOTAR EN LETRA DE MOLDE SU NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y ESPECIALIDAD.
- ✓ CUALQUIER ALTERACIÓN: BORRÓN, TACHADURA, CAMBIO DE COLOR DE TINTA O TIPO DE ESCRITURA EN EL CERTIFICADO DEBERÁ SER INICIADO POR USTED EN TINTA AZUL.
- ✓ LA TINTA PARA FIRMAR LOS DOCUMENTOS ES LA AZUL.
- ✓ EL CERTIFICADO MÉDICO NUNCA PODRÁ SER COMPLETADO ANTES DEL COMIENZO DE LA INCAPACIDAD DEL PACIENTE.
- ✓ EL PERIODO DE INCAPACIDAD DEBE PROVEER FECHAS ESPECÍFICAS. TERMINOS COMO: DE POR VIDA, DESCONOCIDO, PERMANENTE, INDETERMINADO, INDEFINIDO, ETC, NO SON ACEPTADOS.



# **INTEGRAND Assurance Company - SINOT**

## **PATRONO**

**CUANDO COMPLETE LA SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD NO OCUPACIONAL TEMPORAL:**

- ✓ **LLENE TODOS LOS ENCASILLADOS CON TINTA AZUL.**
- ✓ **ANOTE LOS PAGOS EFECTUADOS AL EMPLEADO, POR CONCEPTO DE LICENCIA POR ENFERMEDAD, VACACIONES REGULARES, DÍAS FERIADOS, OTROS Y PERÍODO QUE CUBRE, FECHA EN QUE FUE PAGADO Y CANTIDAD BRUTA PAGADA.**
- ✓ **CONTESTE SÍ CUANDO DENTRO DE LAS TAREAS DEL EMPLEADO SE LE REQUIERE CONDUCIR UN VEHÍCULO DE MOTOR.**
- ✓ **ANOTE EN TODA LA CORRESPONDENCIA SU NÚMERO DE PÓLIZA SINOT - DBA.**
- ✓ **COTEJE TODAS LAS PARTES DEL DOCUMENTO.**
- ✓ **CUALQUIER ALTERACIÓN: BORRÓN, TACHADURA, CAMBIO DE COLOR DE TINTA O TIPO DE ESCRITURA EN SU INFORME DEBERÁ SER INICIADA POR LA PERSONA AUTORIZADA A FIRMAR EN TINTA AZUL.**
- ✓ **LA TINTA PARA FIRMAR LOS DOCUMENTOS ES LA AZUL.**
- ✓ **FAVOR INDICAR EL NÚMERO DE CASO EN EL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO DE TENER CASO CON DICHA AGENCIA.**
- ✓ **VERIFICAR SI EL EMPLEADO INDICÓ, QUE TRABAJA O TRABAJÓ CON OTRO PATRONO.**

