



02 JUL -9 AM 10:21

CARTA CIRCULAR NÚM. 2002-07-02

2 de julio de 2002

SEÑORES SECRETARIOS DE GOBIERNO, ADMINISTRADORES DE AGENCIAS Y CORPORACIONES PÚBLICAS, ALCALDES DE MUNICIPIOS Y DIRECTORES DE OFICINAS DE RECURSOS HUMANOS

Marisol Marchand
Marisol Marchand
Administradora

CERTIFICACIÓN DE COMPENSABILIDAD DE LA CFSE

La Administración de los Sistemas de Retiro en conjunto con la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), determinaron que todo participante que solicite Pensión por Incapacidad Ocupacional deberá acompañar la solicitud con el documento CFSE-37, conocido como "Certificación de Compensabilidad para la Administración de los Sistemas de Retiro del ELA".

Este documento deberá ser solicitado por el participante en la División de Reclamaciones de la Región de la CFSE, donde recibe o recibió tratamiento médico.

Con efectividad al 1 de agosto de 2002, todas las radicaciones de solicitudes de Pensión por Incapacidad Ocupacional deberán incluir el documento CFSE-37.

Agradeceré informe a todos sus empleados sobre este asunto.

Anejo: Certificación de Compensabilidad a incluirse con la solicitud de Pensión por Incapacidad Ocupacional

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
OFICINA REGIONAL DE _____

**CERTIFICACIÓN DE COMPENSABILIDAD PARA LA ADMINISTRACIÓN
DE LOS SISTEMAS DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL E.L.A.**

[] []
[] []

RE: Núm. de Caso:

Núm. de Seguro Social:

Certifico, que _____, sufrió un accidente de trabajo, el día ____ de _____ de _____, mientras trabajaba con el patrono _____, ocupando el puesto de _____.

La descripción del accidente consistió en:

La lesión sufrida como consecuencia del accidente: (1)

Del estudio del expediente se concluye que este accidente ocurrió en el curso y como consecuencia del empleo, por lo cual el mismo fue compensado a tenor con lo dispuesto por la Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo, según ha sido subsiguientemente enmendada.

Debidamente notificada, el ____ de _____ de _____. Después de esta notificación, solamente se otorgarán duplicados de la misma, según requerido por la Administración de los Sistemas de Retiro del E. L. A., con excepción de aquellas lesiones no contempladas en esta notificación. Las mismas deberán ser incluidas en:

Lesiones adicionales:

Notificadas el ____ de _____ de _____.

Compensabilidad otorgada por: Corporación del Fondo del Seguro del Estado Hon. Comisión Industrial

Nombre y Firma Jefe Div. Reclamaciones o su Representante Autorizado

Nombre y Firma Director Regional

de de
Fecha

de de
Fecha

Certifico, que la información suministrada en este formulario, es fiel y exacta y ha sido extraída del expediente del referido empleado lesionado.

Certifico correcto:

Fecha

Oficina de Secretaría