

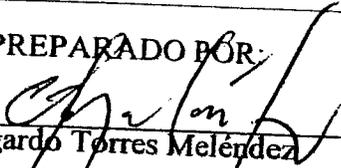
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
AUTORIDAD DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

PROCEDIMIENTO 117

“PARA INFORMAR ACCIDENTES
DE TRABAJO”

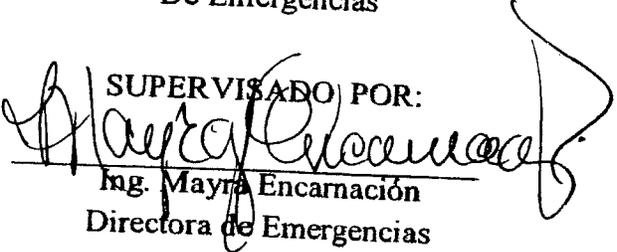
MANUAL DE RECURSOS HUMANOS

PREPARADO POR:


Edgardo Torres Meléndez

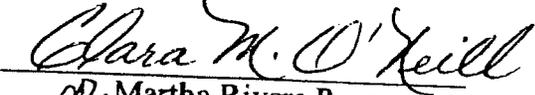
Analista de Sistemas y Procedimientos
De Emergencias

SUPERVISADO POR:


Ing. Mayra Encarnación

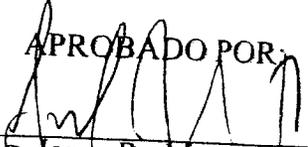
Directora de Emergencias

RECOMENDADO POR:

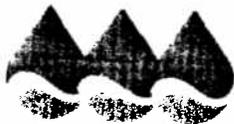

Clara M. O'Neill

pt Martha Rivera Rosa
Directora Asistencia Técnica

APROBADO POR:


Ing. Jorge Rodríguez Ruíz

Presidente Ejecutivo



Autoridad de Acueductos
y Alcantarillados

Ave. Barbosa #604

Hato Rey, PR 00917-4310

P.O. Box 7066, San Juan PR 00916-7066

Tel. (787) 620-2277 Ext 2905

Fax (787) 620-3841

02 de Julio de 2004

Ing. Jorge Rodríguez Ruiz,
Presidente Ejecutivo

Clara M. O'Neill
Martha Rivera Rosa
Directora Asistencia Técnica

Mayra Encarnación
Ing. Mayra Encarnación
Directora de Emergencias

Edgardo Torres Meléndez
Edgardo Torres Meléndez
Analista de Sistemas y Procedimientos
De Emergencia

PROCEDIMIENTO 117 – "PARA INFORMAR ACCIDENTES DEL TRABAJO"

El procedimiento mencionado ha sido revisado para incorporar cambios y revisar los formularios existentes. También para cumplir con la Ley 45 del 18 de abril de 1935, según enmendada y conocida como la Ley de Compensaciones por accidentes del Trabajo (11 LEPR., Sección I y ss.)

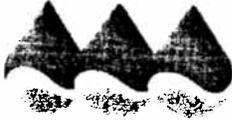
Los cambios fueron propuestos por los siguientes funcionarios:

1. Ing. José R. Maldonado Trinidad – Director Oficina de Higiene y Seguridad Ocupacional.
2. Ing. Pablo Reyes Bonilla – Jefe Oficina de Higiene y Seguridad Ocupacional
3. Sr. Jorge Ríos Piñero – Investigador Confidencial (Casos Corporación Fondo de Seguro del Estado).
4. Sr. Luis A. Cora – Investigador Confidencial (Casos Corporación Fondo de Seguro del Estado).

El procedimiento se envió para comentarios de todos los Directores Ejecutivos Regionales.

Recomiendo la aprobación de este procedimiento.





Autoridad de Acueductos
y Alcantarillados

Ave. Barbosa #604

Hato Rey, PR 00917-4310

P.O. Box 7066, San Juan PR 00916-7066

Tel (787) 620-2277 Ext 2905

Fax (787) 620-3841

06 de Julio de 2004

Director de Ingeniería e infraestructura, Directores Adjuntos, Directores Regionales, Directores de Área, Directores de Proyectos Públicos y Privados, Directores de Servicios al Cliente, Director de Laboratorios, Jefes de Departamento, Jefes de División, Jefes de Sección, Ingenieros de Sistemas de Acueductos y Alcantarillados, Ingenieros de Zona, Gerentes de Oficinas Comerciales, Gerentes de Área y Supervisores

IMPLANTACIÓN REVISIÓN PROCEDIMIENTO 117: "PARA INFORMAR ACCIDENTES DEL TRABAJO"

Esta Oficina aprobó oficialmente el procedimiento mencionado para tener vigencia inmediata.

Favor de insertar la copia que se acompaña en su Manual de Recursos Humanos.

Ing. Jorge Rodríguez Ruiz
Presidente Ejecutivo

7/31/04
Firmado (Fecha)



TABLA DE MATERIAS

	<u>PÁGINA</u>
NORMA.....	1
BASE LEGAL.....	1
DEFINICIONES.....	1
DISPOSICIÓN ESPECIAL.....	2
DISPOSICIONES GENERALES.....	2
RESPONSABILIDADES.....	3
DIAGRAMA DE FLUJO (PROCEDIMIENTO 117.1).....	7
117.1 - Informe del Accidente de Trabajo.....	8
DIAGRAMA DE FLUJO (PROCEDIMIENTO 117.2).....	10
117.2 - Informe de Alta del Empleado Lesionado.....	11
117.3 - Informe de Recidiva.....	12
ANEJOS.....	14

LISTA DE ANEJOS

	<u>PAGINA</u>
ANEJO 1 - FORMULARIO FSE-373 – “INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO”..	15
ANEJO 2 - AAA-653 – “CERTIFICADO DE COMPARECENCIA”.....	16
ANEJO 3 - FORMULARIO AAA-650 – “SOLICITUD DE DOCUMENTOS”.....	17
ANEJO 4 - FORMULARIO AAA-89 “RECORD DE LICENCIA”.....	18
ANEJO 5 - FORMULARIO AAA-406 “RECORD DE LESIONADOS EN LA CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO”.....	19
ANEJO 6 - FORMULARIO AAA – 406B “INFORME MENSUAL DE EMPLEADOS REPORTADOS A LA CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO”.....	20
ANEJO 7 - FORMULARIO AAA-193 “INFORME DE AUSENCIAS Y REGRESO AL TRABAJO”.....	21
ANEJO 8 - FORMULARIO FSE-395 “DECISIÓN DEL “ADMINISTRADOR SOBRE TRATAMIENTO MÉDICO”.....	22

PROCEDIMIENTO 117 – “PARA INFORMAR ACCIDENTES DEL TRABAJO”

NORMA

Es norma de la Autoridad proveer para que todo empleado¹ que alegue haber sufrido un accidente del trabajo o enfermedad ocupacional, lo informe correctamente de manera que pueda disfrutar los beneficios que ofrece esta agencia y la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.

A estos fines se establece este procedimiento.

BASE LEGAL

La Corporación del Fondo del Seguro del Estado está regulada por la Ley 45 del 18 de abril de 1935, según enmendada y conocida como la Ley de Compensaciones por accidentes del Trabajo (11 LEPR., Sección I y ss.)

DEFINICIONES

1. Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) – Corporación pública o instrumentalidad gubernamental a través de la cual se canalizan los servicios médicos y compensaciones que reciben los empleados de gobierno y de compañías privadas, cuando sufren accidentes de trabajo. (En este procedimiento se indicará CFSE).
2. Accidente del Trabajo – Lesión, enfermedad o muerte que ocurra a un empleado y que provenga de cualquier acto o función relacionada al empleo y que ocurra en el curso de éste y como consecuencia del mismo. La decisión de compensabilidad, o sea, que la lesión o enfermedad ocupacional constituye un accidente del trabajo, es determinada por la CFSE.
3. Recidiva – Reparación o recaída, sin intervención de una causa ajena alguna al accidente o enfermedad de una condición debidamente compensada o relacionada, luego de haber transcurrido un período de recuperación y dicha recaída requerir tratamiento médico adicional.
4. Enfermedad Ocupacional – Toda aquella enfermedad que se contraiga en el curso del trabajo, como consecuencia de un riesgo peculiar a la industria, proceso, ocupación o empleo, y como resultado de la directa exposición del obrero o empleado a dicho riesgo en el normal desempeño de su trabajo.

¹ Véase Disposición Especial Número 1

DISPOSICIÓN ESPECIAL

1. Los empleados transitorios gerenciales o que estén en período probatorio de ingreso no están cubiertos por la Licencia de Accidentes del trabajo. No obstante, tienen el derecho de utilizar los beneficios de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.

DISPOSICIONES GENERALES

1. El empleado lesionado será referido al dispensario más cercano a su residencia; excepto los accidentes graves en los cuales se enviara el empleado directamente al hospital más cercano.
2. Los casos de lesiones leves del Área Metropolitana serán referidos al Centro de Operaciones de Trujillo Alto, lugar donde está ubicada la enfermera de la Autoridad y se procederá a llenar el informe de accidente del trabajo (FSE-373), de ser necesario.
3. El formulario FSE-373 – “Informe de Accidente de Trabajo” (Anejo 1), será autorizado únicamente por el supervisor inmediato del empleado lesionado o por el próximo supervisor en escala ascendente. Nunca podrá ser autorizado por el mismo empleado.
4. A los empleados en uso de Licencia por Accidente del Trabajo, se le descontará del salario regular, el importe equivalente a la dieta durante la utilización de dicha licencia. La misma comienza luego de haber agotado los primeros días de licencia acumulada y el caso ser determinado compensable.²
5. Cuando se agote la Licencia por Accidente del Trabajo se procederá a agotar las Licencias por Enfermedad (LE) y Anual (LA), en ese orden. El empleado, luego de agotar ambas licencias, podrá solicitar adelanto de Licencia por Enfermedad o sin Sueldo, según sea el caso.
6. Al empleado lesionado se le concederá el tiempo necesario para reportarse al dispensario de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado para tratamiento ambulatorio por orden facultativa. Ese tiempo se cargará a Licencia por Accidente del Trabajo si tuviera derecho a la misma. El empleado regresara a su sitio habitual de trabajo tan pronto termine dicho tratamiento y entregará el AAA-653 – “Certificado de Comparecencia” (Anejo 2) al Supervisor inmediato.

² Los primeros días de licencia por enfermedad comienzan con la fecha del primer examen médico de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, según lo disponen los Convenios Colectivos de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados ó las Resoluciones de Junta de Gobierno vigentes a la fecha del accidente.

7. La Oficina Regional de Recursos Humanos correspondiente no procesará los casos de accidentes de trabajo hasta tanto reciba de los supervisores todos los documentos relacionados con éstos.³ Enviará El formulario AAA-650 – “Solicitud de Documentos” (Anejo 3) a los supervisores para solicitar información que no se haya recibido o que se reciba incompleta. El supervisor deberá proveerla con prontitud.
8. En casos de Recidivas, el supervisor no llenará el FSE-373 “Informe de Accidente del Trabajo” y en su lugar, referirá al empleado al dispensario correspondiente de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.
9. Las citas a la Comisión Industrial se cargarán a Licencia por Enfermedad (LE) a Licencia Anual (LA) y no a la Licencia por Accidentes del Trabajo (LAT).

RESPONSABILIDADES

1. Cada Director Ejecutivo Regional y el Director Ejecutivo en Infraestructura y Planificación son responsables de hacer que el personal a su cargo realice este procedimiento en todas sus partes.
2. Cada Director de Recursos Humanos en la región es responsable de que el personal a su cargo siga este procedimiento en todas sus partes.
3. El Jefe de la Oficina de Higiene y Seguridad Ocupacional es responsable de que se investiguen los casos referidos por los funcionarios regionales, sobre el uso de la Licencia de Accidente del Trabajo por el empleado afectado.
4. El Oficial de Administración de Personal regional es responsable de:
 - a. Entra al sistema computadorizado y detiene la acumulación de Licencia por Enfermedad (LE) y Licencia Anual (LA), correspondiente al empleado.
 - b. Refiere todos los documentos del la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y de la Autoridad, al Oficinista de Recursos Humanos para la acción correspondiente.

³ Se refiere a los formularios:

1. FSE-373
2. FSE-395
3. AAA-193

5. Los Oficinista de Recursos Humanos de la Región son responsables de:
 - a. Llenar el formulario AAA-89 "Record de Licencia" (Anejo 4) a cada empleado reportado a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.
 - b. Llenar el formulario AAA-406 "Record de Lesionados en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado" (Anejo 5) y el formulario AAA – 406B "Informe Mensual de Empleados Reportados a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado" (Anejo 6).
 - c. Mantener record de las semanas a concederse por concepto de licencia por accidente del trabajo en cada caso individual.⁴
 - d. Aplicar la licencia por accidente del trabajo conforme a los Convenios Colectivos o Resoluciones de la Junta de Gobierno de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados. Los primeros días con cargo a Licencia de Enfermedad. Estos comienzan con la fecha del primer examen medico de la CFSE.
 - e. Descontar del salario el importe de la compensación semanal (dietas) que el empleado recibe o pueda recibir de la CFSE durante el período de aplicación de la licencia cuando el caso esta compensado.
 - f. Si es autorizado por el Oficial de Administración de Personal Regional, entra al sistema computadorizado y detiene la acumulación de Licencia por Enfermedad (LE) y Licencia Anual (LA), correspondiente al empleado.
6. El supervisor inmediato del empleado accidentado es responsable de:
 - a. Llenar y autorizar los formularios FSE- 373 "informe de Accidentes de Trabajo" (Anejo 1) y AAA-193 "Informe de Ausencias y Regreso al Trabajo" (Anejo 7).
 - b. Referir el lesionado al Dispensario de la CFSE más cercano a su hogar o residencia.
 - c. Enviar copia de éstos documentos a la Oficina Regional de Recursos Humanos correspondiente, acompañados de copia del FSE-395 "Decisión del "Administrador sobre Tratamiento Médico" (Anejo 8).

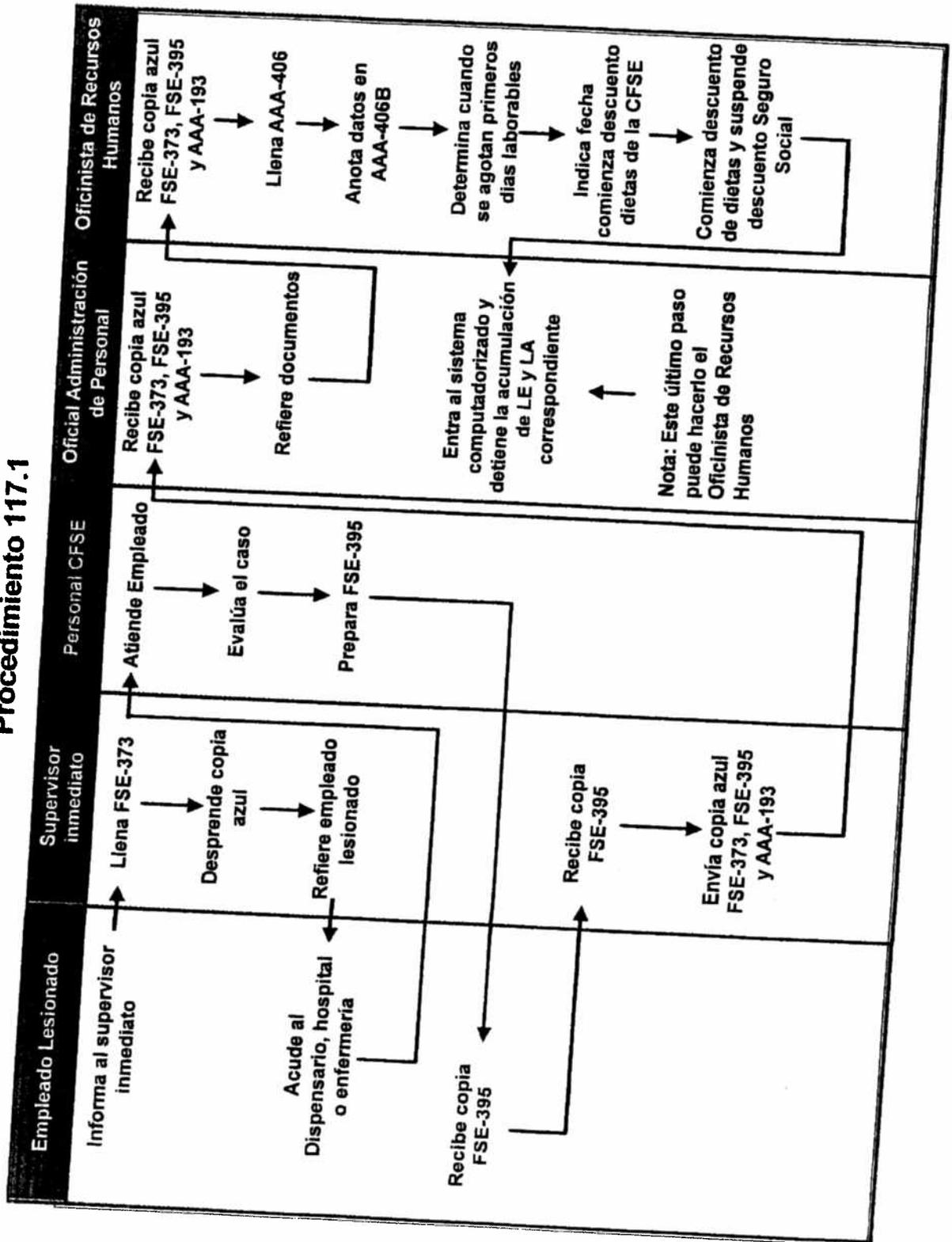
⁴ Para controlar el número de semanas a concederse y evitar que las mismas excedan lo estipulado en los Convenios Colectivos o Resoluciones de la Junta de Gobierno vigentes en la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados.

- d. Enviar original del formulario AAA-193 – “informe de Ausencias y Regreso al Trabajo” (Anejo 7) a la Oficina de Recursos Humanos regional.
 - e. Solicitar investigación a la Oficina de Higiene y Seguridad Ocupacional en los casos:
 - (1) De accidentes que sean notificados cinco días laborables después de la fecha del accidente.
 - (2) Cuando se haga mal uso de la Licencia por Accidente del Trabajo.
 - f. Enviar a la Oficina Regional de Recursos Humanos correspondiente, los documentos que la CFSE le entrega al empleado.
 - g. Mantener copia de todos los documentos de la CFSE en el expediente del lesionado.
 - h. Exigir el documento oficial de la CFSE, formulario FSE – 395 “Decisión del Administrador Sobre Tratamiento Médico” (Anejo 8), dando de alta al empleado antes de aceptarlo nuevamente al trabajo.
 - i. Coordinar con la Oficina de Orientación Social evaluaciones médicas en los casos que se requiere; incluyendo los casos en los cuales el empleado sea dado de alta por la CFSE y alegue no poder realizar las funciones de su puesto.
7. El empleado accidentado es responsable de:
- a. Informar inmediatamente el accidente del trabajo al supervisor inmediato.
 - b. Entregar al supervisor inmediato, copia del formulario FSE – 395 “Decisión del Administrador sobre Tratamiento Médico” (Anejo 8) donde la CFSE indica:
 - (1) Status de su condición, ésta puede ser:
 - (a) en descanso con tratamiento
 - (b) en “CT” (Tratamiento mientras Trabaja)
 - (c) Alta definitiva
 - (2) Fecha del primer examen médico

- c. Asistir puntualmente a las citas de la CFSE para evitar ser dado de alta por abandono de tratamiento.
- d. Entregar al supervisor inmediato la certificación de compensabilidad (formulario original FSE-353).
- e. Entregar al supervisor inmediato copia de todos los documentos que provea la CFSE.
- f. Presentarse al supervisor inmediato en la fecha que indica el formulario FSE-395, mediante el cual fue dado de alta para trabajar.
- g. Notificar al supervisor inmediato cuando apela la decisión de la CFSE ante la Comisión Industrial y entregarle copia de la misma.
- h. Llevar el formulario AAA-653 "Certificación de Comparecencia" a la CFSE cada vez que tenga cita médica.⁵

⁵ Le entregará este formulario al médico que lo atendió para su firma y luego entregará al supervisor cuando regrese a su sitio de trabajo.

DIAGRAMA DE FLUJO
Procedimiento 117.1



117.1 Informe del Accidente de Trabajo

- | | |
|------------------------------------|--|
| Empleado lesionado | 1. Informa al supervisor inmediato el accidente del trabajo. |
| Supervisor inmediato | 2. Llena el formulario FSE-373 “Informe de Accidente del Trabajo” (Anejo 1) y desprende copia azul. |
| | 3. Refiere el lesionado a la enfermería, dispensario u hospital más cercano, según sea el caso. ⁶ |
| Empleado lesionado | 4. Acude al dispensario, hospital o enfermería más cercano. ⁷ |
| | 5. Radica el formulario FSE-373. |
| Personal Dispensario de la CFSE | 6. Atiende al lesionado. |
| | 7. Evalúa el caso y determina si el lesionado necesita o no tratamiento. |
| | 8. Prepara el formulario FSE-395 “Decisión del Administrador sobre Tratamiento Médico” (Anejo 8). Entrega copia al lesionado y envía copia a la Autoridad, como patrono. |
| Empleado lesionado | 9. Entrega al supervisor inmediato la copia del formulario FSE-395. ⁸ |
| Supervisor inmediato del lesionado | 10. Envía la copia azul de los formularios FSE-373 Y FSE-395 a la Oficina Regional de Recursos Humanos correspondiente. Envía además, el formulario AAA-193 “Informe de Ausencias y Regreso al Trabajo” (Anejo 7). |

⁶ Refiérase a la Disposición General Número 1.

⁷ El empleado es responsable de entregar a su supervisor copia del formulario FSE-395 que la CFSE le entrega.

⁸ Si no entrega el formulario FSE-395, se puede afectar el balance de la Licencia por Enfermedad (LE) y de la Licencia Anual (LA) que tenga el empleado y podría hasta quedarse sin cobrar su salario.

Oficial Administración de Personal

11. Recibe la copia de los formularios FSE-373 y FSE-395 junto al formulario AAA-193 y los refiere al Oficinista de Recursos Humanos.
 - a. Si el supervisor no envía todos los documentos o si la información no es legible, llena el formulario AAA-650 "Solicitud de Documentos" (Anejo 3) y lo envía al supervisor del lesionado.

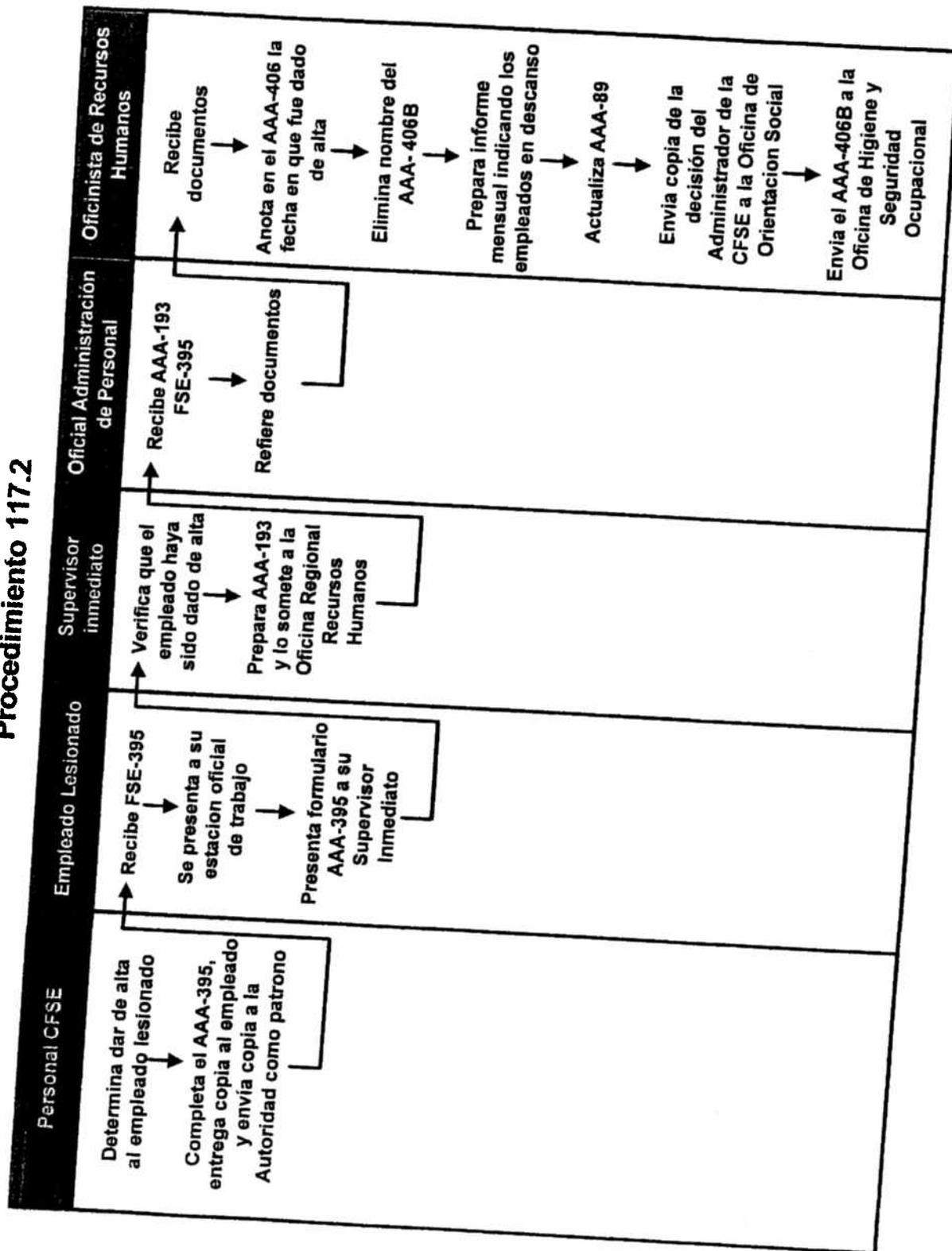
Oficinista de Recursos Humanos

12. Prepara el formulario AAA-89 "Record de Licencia".
13. Llena el formulario 406 "Record de Lesionados en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado" (Anejo 5) y lo archiva.
14. Anota los datos en el formulario AAA-406B "Informe Mensual de Empleados Reportados a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado" (Anejo 6)
15. Determina cuando se le agotan los primeros días laborables a cargarse a la Licencia por enfermedad basándose en la fecha del primer examen del médico de la CFSE.⁹
16. Indica fecha comienzo descuento dietas de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.
17. Comienza descuento de dietas y suspende descuento Seguro Social, después de seis (6) meses de estar en descanso.
18. Si está autorizado por el Oficial de Administración de Personal, entra al sistema computadorizado y detiene la acumulación de Licencia por Enfermedad (LE) y Licencia Anual (LA).
19. Si no autoriza al Oficinista de Recursos Humanos, entra al sistema computadorizado y detiene la acumulación de Licencia por Enfermedad (LE) y Licencia Anual (LA).

Oficial de Administración de Personal

⁹ Si no se utilizan los días, pero luego se le acepta una recidiva, se siguen contando esto días hasta completar los días según lo disponen los Convenios Colectivos o las Resoluciones de la Junta de Gobierno vigentes en la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados.

DIAGRAMA DE FLUJO
Procedimiento 117.2



117.2 Informe de Alta del Empleado Lesionado

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Personal de la CFSE | 1. Determina dar de alta al empleado lesionado. |
| | 2. Completa el formulario FSE-395 “Decisión del Administrador sobre Tratamiento Médico” (Anejo 8) |
| | 3. Entrega copia del formulario FSE-395 al empleado lesionado. |
| | 4. Envía copia del formulario FSE-395 a la Autoridad como patrono. |
| Empleado Lesionado | 5. Recibe el formulario FSE-395. |
| | 6. Se presenta a su estación oficial de trabajo. ¹⁰ |
| | 7. Presenta el formulario FSE-395 al supervisor inmediato. |
| Supervisor inmediato | 8. Verifica que el empleado lesionado haya sido dado de alta. |
| | 9. Prepara el formulario AAA-193 “Informe de Ausencia y Regreso al Trabajo” (Anejo 7) y somete el mismo a la Oficina Regional de Recursos Humanos junto al formulario FSE-395. |
| Oficial de Administración de Personal | 10. Recibe los formularios AAA-193 y el FSE-395 y los refiere al Oficinista de Recursos Humanos. |
| Oficinista de Recursos Humanos | 11. Anota en el formulario AAA-406 (Anejo 5) la fecha en que fue dado de alta y elimina el nombre del lesionado del formulario AAA-406B “Informe Mensual de Empleados Reportados al Fondo del Seguro del Estado” (Anejo 6). |
| | 12. Prepara informe mensual indicando los empleados que están “en descanso” a través del formulario AAA-406B. |

¹⁰ En la fecha en que fue dado de alta.

13. Suspende el descuento de dietas que el empleado recibe de la CFSE.¹¹
14. Actualiza el formulario AAA-89 “Record de Licencia” del empleado de acuerdo a la información suministrada.
15. Envía a la Oficina de Orientación Social copia de las decisiones del Administrador del Fondo del Seguro del Estado informando él por ciento de incapacidad para la acción correspondiente.¹²
16. Envía el formulario AAA-406B Informe de Empleados Reportados al Fondo del Seguro del Estado a la Oficina de Higiene y Seguridad Ocupacional.

117.3 – Informe de Recidiva

Empleado Lesionado

Supervisor Inmediato

Personal CFSE.

1. Notifica a su Supervisor inmediato que acudirá a la CFSE por una recaída de su condición.
2. Orienta al empleado para que acuda a la oficina correspondiente de la CFSE.
3. Determina que la condición del empleado amerita:
 - a. Estar en descanso
 - b. Alta con tratamiento (CT)
 - c. Denegación de reapertura
4. Completa el formulario FSE-395 “Decisión del Administrador sobre Tratamiento Médico” (Anejo 8)
5. Entrega copia del formulario FSE-395 al empleado lesionado.

¹¹ Los empleados temporeros y el grupo de transitorios que se determine, están excluidos del descuento de dietas al que se refiere en este paso.

¹² No aplica a empleados transitorios.

Empleado Lesionado

Supervisor inmediato

6. Envía copia del formulario FSE-395 a la Autoridad como patrono.
7. Recibe el formulario FSE-395 y le entrega copia a su supervisor inmediato.
8. Verifica la determinación de la CFSE:

Decisión CFSE	Acción
a. Recidiva en descanso	Reapertura del caso. Comienza descanso
b. Alta con tratamiento	Supervisor recibe al empleado
c. Denegación reapertura	

Oficiales Administrativos
de Personal (Oficina
Regional de Recursos
Humanos)

9. Prepara el formulario AAA-193 "Informe de Ausencia y Regreso al Trabajo" (Anejo 7) en las tres determinaciones. Somete el mismo a la Oficina Regional de Recursos Humanos junto con el formulario FSE-395.
10. Procede a trabajar la decisión (FSE-395) en caso de cambio de estatus.

ANEJOS

AAA-653
(Rev.04-04)

AUTORIDAD DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS
CERTIFICACIÓN DE COMPARECENCIA A LA
CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO

INFORMACIÓN DEL LESIONADO	
NOMBRE	SEGURO SOCIAL
CASO NÚMERO	REGIÓN

Certifica que el empleado mencionado compareció a la cita de hoy.

Fecha Cita: _____

Hora Cita : _____

Hora Salida: _____

Nombre Médico que lo atendió

Núm. Licencia

Firma

Nombre Funcionario Autorizado

Firma

AAA-650
(Rev. 04/04)

Fecha _____

Oficina de Higiene y Seguridad

SOLICITUD DE DOCUMENTOS

NOMBRE LESIONADO: _____

NÚMERO DE CASO: _____

CENTRO DE COSTO: _____

La Oficina de Higiene y Seguridad necesita la siguiente información o documento para informar a la Unidad de Licencias este accidente del trabajo:

Informe Patronal de accidente del Trabajo (CFSE -373)

Copia no legible

Informe de Ausencia y Regreso al Trabajo (AAA-193)

Decisión del Administrador sobre Tratamiento Médico (FSE -395)

Copia no legible

Certificación (FSE-353)

Copia no legible

Observaciones: _____

Favor devolver este documento a la Oficina de Higiene y Seguridad con la información solicitada antes del ____ de _____ de _____.

89 (Rev. 04/04)		NUM. SEG. SOCIAL		REGION		GRU. LAB.		JORNADA		TURNO		ACUMULADO POR CATORCENA	
TRO COSTO		NOMBRE		FECHA CUMPL.		FECHA NOMB.		LUGAR DE TRABAJO		P.P. VENCE		NOMBRAMIENTOS REGULARES	
ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		NOMBRAMIENTOS ESPECIALES	
												L.A.	
												L.E.	
												8.62	
												5.17	
												6.90	
												3.45	
LICENCIA ANUAL													
LICENCIA ENFERMEDAD													
AÑO													
LICENCIA ANUA													
LICENCIA ENFERMEDAD													
OBSERVACIONES													
JULIO													
AGOSTO													
SEPTIEMBRE													
OCTUBRE													
NOVIEMBRE													
DICIEMBRE													
JUL													
JUL													
AUG													
AUG													
SEP													
SEP													
OCT													
OCT													
NOV													
NOV													
DIC													
DIC													
DIC													

AAA-193
(Rev. 04/04)

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
AUTORIDAD DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

Fecha

Oficial de Recursos Humanos

Región

P/C:

INFORME DE AUSENCIAS O REGRESO AL TRABAJO

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO	
Nombre del Empleado:	
Seguro Social:	Centro de Costo
Lugar de Trabajo: (Área, Oficina, Depto o Div.)	
Clasificación:	
Ausente desde:	Hasta:
Razones:	
Fecha de Regreso al Trabajo:	No ha Regresado
Observaciones:	

Nombre del Supervisor (Use Letra de Molde)

Firma

Título

