



Servicios Regionales

**INFORME DE EMPLEADOS PARA TRABAJOS A DISTANCIA  
(DESDE EL HOGAR)**

Nombre y Dirección Oficina Regional CFSE   Nombre y Dirección del Patrono   Número de Póliza

Estimado Patrono:

Recibimos su petición para acogerse a los beneficios de la Ley Núm. 284 del 22 de diciembre de 2006, sobre la inclusión en la póliza de los empleados que trabajan desde sus hogares. Como requisito para dar cubierta de seguro a estos empleados es necesario nos someta la siguiente información:

Nombre del Empleado, Dirección Residencial, Salario Mensual y Descripción de los Trabajos que realiza cada uno de los empleados que llevan a cabo las labores desde sus hogares:

Pág. \_\_\_ de \_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO	DIRECCION RESIDENCIAL (dos líneas)	SALARIO MENSUAL	DESCRIPCION DE LOS TRABAJOS
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Fecha (día-mes-año)

Nombre y Firma del Patrono o su Representante Autorizado



Servicios Regionales

**INFORME DE EMPLEADOS PARA TRABAJOS A DISTANCIA  
(DESDE EL HOGAR)**

Nombre y Dirección Oficina Regional CFSE	Nombre y Dirección del Patrono	Número de Póliza

Estimado Patrono:

Recibimos su petición para acogerse a los beneficios de la Ley Núm. 284 del 22 de diciembre de 2006, sobre la inclusión en la póliza de los empleados que trabajan desde sus hogares. Como requisito para dar cubierta de seguro a estos empleados es necesario nos someta la siguiente información:

Nombre del Empleado, Dirección Residencial, Salario Mensual y Descripción de los Trabajos que realiza cada uno de los empleados que llevan a cabo las labores desde sus hogares:

Pág. \_\_\_ de \_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO	DIRECCION RESIDENCIAL (dos líneas)	SALARIO MENSUAL	DESCRIPCION DE LOS TRABAJOS
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Fecha (día-mes-año)

Nombre y Firma del Patrono o su Representante Autorizado



Regional Services

**REPORT FOR THE EMPLOYER THAT WORKS AT DISTANCE  
(FROM THEIR HOME)**

Name y Address SIFC Office	Employer Name and Address	Policy Number	

Dear Employer:

We receive your request to obtain the benefits of the Law 284 December 22, 2006, about the inclusion in the policy for the employees that works for their home. As a requirement to obtain the insurance coverage to these employees is necessary to submit the following information: Employees Name, Residential Address, Salary (Monthly) and Jobs description of each employees that works from their home.

page. \_\_\_\_ of \_\_\_\_

EMPLOYEES NAME	RESIDENTIAL ADDRESS (Two Lines)	SALARY MONTHLY	JOB DESCRIPTION
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Date (month-day-year)	Name and Signed of Authorized Representative
-----------------------	----------------------------------------------



Regional Services

**REPORT FOR THE EMPLOYER THAT WORKS AT DISTANCE  
(FROM THEIR HOME)**

Name y Address SIFC Office		Employer Name and Address		Policy Number		

Dear Employer:

We receive your request to obtain the benefits of the Law 284 December 22, 2006, about the inclusion in the policy for the employees that works for their home. As a requirement to obtain the insurance coverage to these employees is necessary to submit the following information: Employees Name, Residential Address, Salary (Monthly) and Jobs description of each employees that works from their home.

page. \_\_\_\_ of \_\_\_\_

EMPLOYEES NAME	RESIDENTIAL ADDRESS (Two Lines)	SALARY MONTHLY	JOB DESCRIPTION
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

\_\_\_\_\_ Date (month-day-year)

\_\_\_\_\_ Name and Signed of Authorized Representative