



**MODELO**

**A:** Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras  
**Dirección:** San Juan, PR

Certificamos que el patrono **NOMBRE DEL CONCESIONARIO**, con póliza #####, cumple con los siguientes requisitos para la obtención de la cubierta para sus obreros o empleados, en caso de ocurrir un accidente de trabajo.

1. Rindió su declaración de nómina el **19/07/2021**.
2. Su póliza cubre los siguientes riesgos:

Riesgo	Descripción
XXXXX	XXXXXXX

3. Pagó las primas establecidas por el Administrador en:

Semestre	Fecha de Vencimiento (DD/MM/YYYY)	Fecha de Pago (DD/MM/YYYY)
1	20/09/2021	01/09/2021
2	20/01/2022	

4. Información del Proyecto: **xxxxxxx**
5. La póliza cubre la(s) siguiente(es) localidad(es): **xxxxxxxxxxxx**
6. Propósitos:
  - **XXXXXXXXXXXXXXXX**

7. Observaciones:
8. Esta certificación es válida hasta el ## de xxxxx de **2022**.

Esta certificación no será válida sin el Código de Verificación Electrónica. Favor de verificar la validez de esta Certificación usando el Código de Verificación Electrónica en **portal.fondopr.com** - Verificación de Certificación.

Luis R. Eliza Marquez

**Funcionario**



**Generado Electrónicamente**

##/##/####

**Fecha de Emisión**  
(DD/MM/YYYY)