



Gobierno de Puerto Rico  
 Government of Puerto Rico  
 CORPORACION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO  
 STATE INSURANCE FUND CORPORATION

**CERTIFICACION DE POLIZA DE SEGURO**  
**CERTIFICATE OF INSURANCE**

20140301925

**Código verificación electrónica**  
 Electronic verification code

**A:** PuertoRico-DJ  
 To:

**Dirección:** P.O. Box 318 Anasco PR 00610  
 Address:

**Certificamos que el patrono:** EMIR JOSE FELICIANO TORRES DBA ,con póliza 1313000387  
 We hereby certify that the employer: ,with policy number

**Cumple con los siguientes requisitos para la obtención de la cubierta para sus obreros o empleados,**  
 meets the following requirements to obtain coverage for his workers or employees,  
**en caso de ocurrir un accidente del trabajo.**  
 in the event of a work accident.

**1. Rindió su declaración de nómina en: 14/08/2013**  
 Filed the payroll statement on:

**2. Su póliza cubre los siguientes riesgos:** a) 9154-352 TEATROS  
 This policy covers the following risk or classifications: b) 8815-350 PATRONO SERVICIO

**3. Pagó sus primas establecidas por el Administrador en:**  
 The premiums established by the SIFC Administrator were paid on:

SEMESTRES SEMESTER	FECHA DE VENCIMIENTO DUE DATE	FECHA DE PAGO DATE OF PAYMENT												
1	<table border="1"> <tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td>day</td><td>month</td><td>year</td></tr> </table>	día	mes	año	day	month	year	<table border="1"> <tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td>day</td><td>month</td><td>year</td></tr> </table>	día	mes	año	day	month	year
día	mes	año												
day	month	year												
día	mes	año												
day	month	year												
2	<table border="1"> <tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td>day</td><td>month</td><td>year</td></tr> </table>	día	mes	año	day	month	year	<table border="1"> <tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td>day</td><td>month</td><td>year</td></tr> </table>	día	mes	año	day	month	year
día	mes	año												
day	month	year												
día	mes	año												
day	month	year												

**4. La póliza cubre la(s) siguiente(es) localidad(es):**  
 The following locations are covered by this policy:

a) Urb. Reparto Daguey A-6 Añasco Añasco PR 00610

**a) Certificación sujeta al pago de las cuotas impuestas en las fechas establecidas por el**

**5. Observaciones: Administrador en la Notificación de Cobro.**

Observations: This Certificate requires payment on or before the due date established by the Administrator in the Premium Notice.

**b) Esta Certificación se emite como evidencia de cubierta de seguro obrero. No es válida para realizar proyectos de construcción, inspección de obras ni como Carta de Relevó.**

This Certificate is issued as evidence of insurance coverage. It is not valid for awarded contract or its execution.

**6. Esta notificación es válida hasta el 30 de junio de 2014 .**  
 This certification is valid until until june 30 of:

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 www .cfse.gov.pr - Verificación de Cerificación.

This certification is not valid without the Electronic Verification Code.  
 Please verify the validity of this Certification using the Electronic verification Code at www .cfse.gov.pr -Certificate Verification.



Generated electronically

19/08/2013

Fecha (día-mes-año)  
 Date (day-month-year)