

**Para Uso de la OCS**

Número Asignado a la Institución

**EC-I-2002**



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS  
**Programa de Educación Continua**

INFORMACION SOBRE LA INSTITUCION EDUCATIVA

Seguro Social Patronal

Nombre de la Institución Educativa<sup>1</sup>

**Dirección Física de la Institución Educativa**

Dirección Física Línea 1

Dirección Física Línea 2

, PR 

Pueblo

Zip Code

   

Teléfono

Ext.

 

Fax

URL Address: http/www. \_\_\_\_\_

**Dirección Postal de la Institución Educativa**

Dirección Línea 1

Dirección Línea 2

, PR 

Pueblo

Zip Code

**Información sobre el Oficial de Enlace**

Apellido Paterno

Apellido Materno

 

Nombre

Seguro Social

e-mail \_\_\_\_\_

**Información sobre la Institución Educativa**

Elija la categoría que mejor describe la Institución:

Universidad/Colegio

Organización Profesional

Centro de Adiestramiento

Instituto

Otra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante  
u Oficial Autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde

M      D      A

Fecha

<sup>1</sup> La Institución debe estar acreditada por el Consejo de Educación Superior. Someta evidencia a estos efectos.