

**OFICINA DE ADMINISTRACION
DE PERSONAL**



**Información sobre los Beneficios y
Compensación para los Empleados de
la Comisión del Canal de Panamá
que están cubiertos por la
Caja de Seguro Social de Panamá**

MANUAL DEL EMPLEADO

PREFACIO

En este folleto ofrecemos información que será de utilidad para los empleados de la Comisión del Canal de Panamá que están asegurados por la Caja de Seguro Social de Panamá (CSS), al igual que para los supervisores de dichos asegurados en el desempeño de sus funciones.

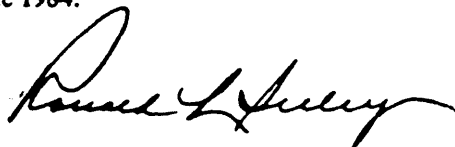
El folleto está dividido en cuatro secciones: Sección I (páginas rosadas) trata de los subsidios del Programa de Enfermedad y Maternidad; la Sección II (páginas amarillas) trata sobre la cobertura del Programa de Riesgos Profesionales para lesiones de trabajo y enfermedades ocupacionales; la Sección III (hojas verdes) contiene información sobre la jubilación y la ayuda económica a los dependientes; y la Sección IV (páginas celestes) ofrece información sobre el Subsidio de Funeral y los Subsidios a los Supervivientes. Deberá ponerse atención especial a los requisitos de inscripción que se encuentran en las primeras páginas (blancas) de este manual.

La porción de este folleto pertinente a los beneficios y subsidios de la Caja de Seguro Social ha sido revisada por funcionarios de la Caja para verificar su exactitud. Se podrá obtener información adicional sobre elegibilidad, solicitud de subsidios y cálculo de las pensiones, en los folletos No. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, y 9 de la Caja de Seguro Social que están disponibles en la oficina administrativa de su división.

Para respuestas a preguntas no incluidas, sírvase llamar a la Oficina de Relaciones con el Usuario de la CSS al teléfono (2)62-0155 o (2)62-5814; esta oficina está ubicada en la Avenida Central en la antigua Casa Müller, en Calidonia. En el área del Atlántico, las preguntas pueden dirigirse también a la Agencia de Subsidios Económicos, Calle 6a y Avenida Bolívar, Colón, teléfonos (2)47-8283/8223/8262/0271.

Las preguntas o problemas sobre los procedimientos de la Comisión sobre el Seguro Social de Panamá, deben dirigirse al Representante Intermediario para Asuntos de la Caja de Seguro Social, en la División de Operaciones de Personal, (2)52-7272.

El material de este folleto está actualizado y reemplaza el folleto sobre este tema que fue publicado en marzo de 1984.



RONALD L. SEELEY
Director de Personal

Julio de 1987

INFORMACION SOBRE BENEFICIOS Y COMPENSACION PARA EMPLEADOS DE LA COMISION ASEGURADOS POR LA CAJA DE SEGURO SOCIAL DE PANAMA

INDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCION. REQUISITOS DE INSCRIPCION.....	1
 SECCION I. PROGRAMAS DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD	
(Páginas rosadas)	
1. Cobertura.....	5
2. Prestaciones por Enfermedad	5
3. Subsidio de Maternidad	7
4. Formularios Utilizados para Obtener Prestaciones	8
5. Preguntas que Frecuentemente se Hacen sobre los Programas de Enfermedad y Maternidad	8
 SECCION II. LESIONES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO	
(Páginas amarillas)	
1. Tratamiento de Casos de Primeros Auxilios	11
2. Atención de Casos No Urgentes que Necesitan Más que Primeros Auxilios	12
3. Atención de Casos de Urgencia.....	12
4. Regreso de los Empleados Lesionados al trabajo	13
5. Subsidios	13
6. Formularios Utilizados para Obtener Atención Médica, para Informar sobre los Accidentes y para Reclamar Indemnización por Lesiones	13
7. Instituciones de Salud del Seguro Social	17
8. Preguntas que Frecuentemente Hacen los Supervisores y los Asegurados del Seguro Social	17
 SECCION III. JUBILACION (Páginas verdes)	
1. Pensión Regular de Vejez	19
2. Pensión de Vejez Anticipada	19
3. Pensión de Invalidez.....	20
4. Subsidios Económicos a los Dependientes	21
 SECCION IV. SUBSIDIOS DE MUERTE (Páginas celestes)	
1. Subsidio de Funeral	23
2. Pensión de Sobreviviente	23
 APENDICES (Páginas blancas en el centro del folleto)	
A. Resumen de los Formularios para Informar sobre Enfermedades y Lesiones	
B-H. Ejemplos de los Formularios Debidamente Llenados	

INTRODUCCION

REQUISITOS DE INSCRIPCION

Para tener derecho a los beneficios descritos en este folleto, los empleados de la Comisión del Canal de Panamá y sus familiares dependientes deberán inscribirse con la Caja de Seguro Social (CSS) y obtener un carnet de identidad. Es importante que los nuevos dependientes se inscriban tan pronto como sea posible.

La División de Operaciones de Personal lleva a cabo el programa de inscripción como parte del proceso de inducción. Durante ese proceso, si el empleado en prospecto no tiene un carnet, recibe una Solicitud de Ingreso del Asegurado que se lleva a la Caja para la asignación de un número de Seguro Social y el recibo de un carnet. Al emplearse, la oficina de inducción de la PCC se les expide cartas de identificación que les servirá de ficha hasta que reciban su primera ficha de la CSS. Si el período cubierto por la carta de identificación termina antes de recibir su primera ficha, debe solicitarse una carta de extensión al Ramo de Archivos-Administración de Personal (PROR).

Los familiares dependientes pueden incluir: la esposa dependiente, o si no están casados, la compañera; el esposo legal dependiente o el compañero de una empleada mujer inscrita (si él está incapacitado o tiene más de 60 años de edad, y es físicamente incapaz de mantenerse); los hijos menores de 18 años de edad, o menores de 25 años si están cursando estudios superiores; los hijos incapacitados; la madre dependiente; y/o el padre incapacitado o viejo (mayor de 60 años).

La inscripción de los familiares dependientes y la expedición de los carnets se lleva a cabo por el Departamento de Afiliación ubicado en el Edificio Bolívar en la Carretera Transistmica y la Avenida 11 de Octubre, en Panamá, y en Colón en Calle 6a. y Avenida Bolívar. Para inscribirse es necesario presentar los siguientes documentos:

Esposa dependiente:

- a. Carnet de Identidad del Seguro Social del empleado.
- b. Cédula del empleado.
- c. Ficha más reciente del Seguro Social.

- d. Certificado de Matrimonio emitido por el Registro Civil.
- e. Cédula de la esposa que debe mostrar su nombre de casada.

Compañera:

- a. Certificado de soltería emitido por el Registro Civil.
- b. Prueba de que han vivido juntos como marido y mujer, con testimonio juramentado de tres testigos por lo menos, ante el Juzgado Municipal o del Circuito, o ante el corregidor, del lugar donde hayan residido las partes.
- c. Carnet del empleado.
- d. Cédula del empleado.
- e. Cédula de la compañera.

La relación debe haber existido por lo menos por:

- (1) nueve meses consecutivos para recibir subsidios de salud, y
- (2) cinco años consecutivos para subsidios de sobreviviente.

Esposo legal dependiente o compañero de una empleada mujer inscrita:

Solamente se puede inscribir si está incapacitado o tiene más de 60 años de edad y está físicamente imposibilitado para mantenerse. Una vez que se establece esta circunstancia, él podrá recibir los subsidios al presentar la misma documentación arriba descrita para la esposa legal o la compañera.

Hijos menores de 18 años de edad, o menores de 25 si cursan estudios superiores:

- a. Carnet del empleado.
- b. Cédula del empleado.
- c. La ficha más reciente.
- d. Certificado de nacimiento expedido por el Registro Civil.
- e. Los hijos entre los 18 y 25 años de edad que estén estudiando deben presentar los siguientes documentos:

(1) Certificado de la escuela expedido por la dirección de la escuela o la secretaría de la universidad.

(2) Cédula del niño, si tiene edad legal.

Cuando los hijos son menores de un año de edad, el carnet se expedirá sin fotografía. De allí en adelante, el padre o la madre deberá llevar al niño al Departamento de Fotografías para que se le expida una nueva tarjeta con la fotografía del niño.

Hijos incapacitados:

- a. Verificación de la incapacidad del hijo de acuerdo con una evaluación médica o social llevada a cabo por el Seguro Social.

b. Certificado de nacimiento del hijo incapacitado expedido por el Registro Civil.

c. Cédula del hijo incapacitado, si tiene edad legal.

Madres dependientes:

a. Cédula de la madre dependiente.

b. Cédula del empleado.

c. Carnet del empleado.

d. Ficha más reciente.

Padres dependientes por incapacidad o ancianidad (de más de 60 años):

Documentos comprobatorios de la edad del padre del empleado dependiente y prueba de su incapacidad para mantenerse, además de los documentos arriba mencionados para las madres.

ES IMPORTANTE QUE TODOS LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES ESTEN DEBIDAMENTE INSCRITOS EN EL SEGURO SOCIAL DE PANAMA. También se recomienda conservar todas las fichas del Seguro Social, aún cuando el período para el cual fueron expedidas haya vencido. Esto puede ayudar al empleado y/o los miembros de la familia que son dependientes a verificar el número de cuotas y los sueldos declarados al sistema, con el propósito de cobrar cualquier subsidio económico al cual tenga derecho la familia.

Además, se insta a los empleados a mantener al día las "Hojas de Información Personal" en su expediente oficial de personal con respecto a los miembros de su familia, para poder verificar la dependencia en caso de incapacidad o muerte.

La condición de dependiente de una madre o de un padre también deberá indicarse durante todo el período de dependencia en la declaración de rentas internas de los dependientes (Formulario 82, "Declaración Jurada de Dependientes").

SECCION I

PROGRAMA DE SUBSIDIO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Disposiciones y Procedimientos

1. COBERTURA

El Programa de Prestaciones de Enfermedad y Maternidad de la Caja de Seguro Social de Panamá (CSS) proporciona atención médica, subsidios por lesiones y enfermedad, y prestaciones económicas por maternidad a sus miembros. En general, los asegurados en el programa son empleados no ciudadanos de los Estados Unidos, empleados por la Comisión del Canal de Panamá (PCC) el 1º de octubre de 1979, o después, así como también aquellos que fueron empleados antes de entrar en vigencia el Tratado, y escogieron inscribirse en el programa a fines del período de transición de 30 meses (el 1º de abril de 1982), y los miembros dependientes de su familia.

2. PRESTACIONES POR ENFERMEDAD

La porción de las prestaciones por enfermedad del programa ofrece atención médica y subsidios por lesiones y enfermedades no profesionales. También cubre atención médica y dental, servicios de laboratorio y farmacia, hospitalización, rehabilitación, y servicios sociales.

a. Prestaciones Médicas.

El derecho para obtener atención médica comienza inmediatamente después de haberse inscrito en el programa. Las prestaciones bajo este programa están disponibles en todas las instituciones de la CSS, o las afiliadas a la misma. Para recibir prestaciones médicas, el asegurado debe presentar dos documentos: (1) su cédula o carnet del Seguro Social, y (2) la ficha del Seguro Social para comprobar que está cotizado en la actualidad en el programa.

b. Prestaciones Económicas.

El derecho de recibir prestaciones económicas por incapacidad temporal depende de un número de factores:

(1) Los asegurados deben haber pagado a la CSS cuotas durante 6 meses de los últimos 9 meses antes de ocurrir la incapacidad.

(2) Los asegurados empleados por la Comisión deben haber estado ausentes del trabajo debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, por más de 15 días laborables durante el año calendario. Los 15 días no tienen que ser consecutivos.

(3) De allí en adelante, el derecho a las prestaciones comenzará el 4º día de cada enfermedad. Los 3 días anteriores a la incapacidad no son necesariamente días laborales; eso depende en el día en que comienza la incapacidad. Por ejemplo, si la incapacidad comienza en un día laboral pero continúa tras días no laborales, todos los días se cuentan. Pero, si la incapacidad comienza en un día no laboral, se cuenta desde el primer día laboral de la incapacidad.

(4) Los asegurados deberán comprobar que se han ausentado del trabajo por razones de salud durante el período inicial de 15 días y los períodos de 3 días subsiguientes, al igual que en los días por los cuales reclaman subsidios. El certificado de incapacidad expedido por el médico que lo atendió es la única documentación aceptable para este propósito.

Los empleados de la Comisión inscritos en el programa deberán notificar a sus supervisores inmediatamente si sufren una lesión o enfermedad por la cual necesitan un período de confinamiento o recuperación. Durante los primeros 15 días de incapacidad acumulados durante el año calendario y los 3 días subsiguientes de enfermedad, los empleados de la Comisión generalmente aparecerán en las nóminas como de vacaciones anuales. A los empleados que no tienen suficientes vacaciones para cubrir el período de su incapacidad se les concederá licencia sin sueldo o vacaciones adelantadas, según lo amerite el caso.

Después de haber tomado los 15 primeros días de incapacidad, los asegurados tendrán el derecho de recibir subsidios del sistema del Seguro Social por cada enfermedad por separado que se extienda por más de 3 días. A los empleados de la Comisión se les concederá licencia sin sueldo durante el período en que reciben prestaciones de la CSS. El supervisor del asegurado llenará el Formulario 267 de la PCC (Solicitud para Licencia) para indicar el período de tiempo durante el cual el asegurado gozará de licencia sin sueldo.

Para reclamar los subsidios, los empleados deben acudir a las oficinas administrativas de la CSS. En la ciudad de Panamá, la oficina (Sección de Trámites) está ubicada en la Calle 17 Oeste y Calle H y en Colón, en Calle 6 y Avenida Bolívar. Para presentar su reclamo, el asegurado debe presentar su cédula o carnet del Seguro Social, una ficha válida del Seguro Social, copia del certificado de incapacidad y un Formulario 7040 de la PCC (Aviso de Exclusión de Planilla) llenado por la unidad donde trabaja, indicando las fechas en las que el asegurado estuvo incapacitado y excluido de las nóminas de la Comisión.

El subsidio se paga a razón de 70% del sueldo promedio diario de los dos meses anteriores a la incapacidad o enfermedad. El subsidio puede continuar hasta 26 semanas por la misma enfermedad. La Comisión de Prestaciones de la Caja de Seguro Social puede prorrogar el pago de las prestaciones temporales por incapacidad hasta un año si las circunstancias del caso así lo ameritan. Si la incapacidad continúa después del año, se puede conceder al paciente una pensión por invalidez.

c. Cesación de Subsidios.

Cuando un empleado termina su empleo o cesa de hacer contribuciones mensuales a la CSS, la persona inscrita y los miembros de su familia que sean dependientes inscritos tendrán derecho a recibir subsidios por enfermedad por 3 meses comenzando con la fecha indicada en su ficha como la última en que hizo una contribución. Sin embargo, las contribuciones pueden continuar con otro empleador o en forma voluntaria.

En el caso de que el asegurado haya cotizado 180 cuotas (generalmente 15 años) a la CSS, ese derecho se mantendrá durante los 12 meses siguientes a su salida del empleo o su cesación de hacer cotizaciones. Para este efecto el asegurado deberá dirigirse al Departamento de Cuentas Individuales, situado en el Edificio Bolívar en la Transistmica.

3. SUBSIDIO DE MATERNIDAD

a. Cuidados Obstétricos.

La porción del subsidio de maternidad del Programa de Enfermedad y Maternidad proporciona cuidados obstétricos durante el embarazo, parto, y postparto a las aseguradas y a las esposas de los asegurados.

b. Subsidio de Reposo.

El programa también concede subsidios en efectivo a las empleadas aseguradas. Este subsidio de reposo corresponde al período de 6 semanas antes del parto y al período de 8 semanas después del parto. Durante este período se le paga a la asegurada una suma igual a su sueldo promedio semanal sobre el cual ha pagado cuotas a la CSS durante los 9 meses anteriores de empleo. (Sin embargo, la contribución normal mensual durante este período será descontada). Para tener derecho a estos subsidios en efectivo, la empleada deberá haber pagado cuotas a la CSS durante al menos 9 de los 12 meses anteriores de su 7º mes de embarazo.

Para reclamar los subsidios de maternidad en efectivo, la asegurada deberá acudir a la oficina administrativa del Seguro Social correspondiente y presentar su cédula o carnet del Seguro Social, su ficha corriente de Seguro Social, un Formulario 7040 de la PCC (Notificación de Exclusión de la Planilla), y un certificado médico que indique la fecha probable del parto. Además, la asegurada deberá haber presentado el Formulario No. 267 de la PCC (Solic-

tud para Licencia) a su supervisor, solicitando vacaciones sin sueldo durante el período de 14 semanas durante el cual recibirá un subsidio de maternidad en efectivo de la CSS. Estos subsidios de maternidad en efectivo se pagan generalmente en dos partidas: la primera por el período de 6 semanas anteriores al parto y la otra por el período de 8 semanas después del parto.

4. FORMULARIOS UTILIZADOS PARA OBTENER PRESTACIONES

Los siguientes formularios son comúnmente utilizados para reclamar los subsidios de enfermedad y maternidad que se describen en esta sección. En el apéndice en el centro de este folleto, se encuentran muestras de éstos formularios debidamente completados por la unidad empleadora y/o el empleado.

- a. Certificado de Incapacidad.
- b. Formulario 267 de la PCC, Solicitud para Licencia.
- c. Formulario 7040 de la PCC, Notificación de Exclusión de la Planilla.

5. PREGUNTAS QUE FRECUENTEMENTE SE HACEN SOBRE EL PROGRAMA DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

P. ¿Quién es responsable de mantener los informes de los primeros 15 días en un año calendario y de los períodos de 3 días subsiguientes, para acreditarlos debidamente a las vacaciones con sueldo o vacaciones sin sueldo?

R. La unidad empleadora es la responsable de mantener un sistema para acreditar debidamente las vacaciones aprobadas por enfermedades comunes ya sea como vacaciones con sueldo (los primeros 15 días de trabajo y los períodos de 3 días subsiguientes) o a vacaciones sin sueldo (de allí en adelante). Es importante mantener informes correctos para proteger los derechos de los empleados y evitar doble compensación.

P. ¿Quién prepara el Formulario 7040 de la PCC (Aviso de Exclusión de la Planilla) y quien lo firma?

R. El Formulario 7040 de la Comisión del Canal de Panamá se prepara en la unidad donde trabaja el empleado lesionado o enfermo y lo firma un oficial de la unidad. Normalmente, esta persona autorizada es el jefe de la unidad o el oficial administrativo, aunque puede ser cualquier persona que la administración de la unidad designe, siempre y cuando que la firma de dicha persona haya sido debidamente registrada en la Caja de Seguro Social mediante la presentación de una tarjeta con su firma, la cual debe ser refrendada con la firma del Jefe del Ramo de Archivos-Administración de Personal (PROR).

P. ¿Con cuánto contribuye el patrono al Programa de Enfermedad y Maternidad? ¿Cuánto contribuye el empleado? ¿Cuánto paga cada uno—el patrono y el empleado—para obtener cobertura completa (que incluya el plan de jubilación)?

R. Los empleados inscritos en el Programa de Enfermedad y Maternidad solamente pagan el 1% de su sueldo bruto, y la Comisión paga una suma igual a la que la agencia contribuiría al Plan de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHBA), si el empleado estuviera cubierto por dicho plan. Las personas empleadas por la Comisión después del 1º de octubre de 1979 disfrutan de cobertura total del Seguro Social; la contribución del empleado es de $7\frac{1}{4}\%$ de su sueldo bruto y la contribución de la Comisión es de $10\frac{3}{4}\%$ del sueldo bruto del asegurado.

P. ¿Es aceptable cualquier otro documento que no sea la ficha de Seguro Social para comprobar que una persona está inscrita actualmente en el Programa de Enfermedad y Maternidad?

R. Generalmente, la ficha es el único documento que se acepta como prueba de estar inscrito actualmente en el Seguro Social. Sin embargo, si no se ha recibido la ficha inicial o cualquier otra ficha subsiguiente, pueden obtenerse los servicios correspondientes en las instalaciones del Seguro Social presentando una copia del formulario que puede obtenerse en las oficinas del Ramo de Archivos-Administración de Personal (PROR) del sector Pacífico o en la Oficina de Personal en el Atlántico (PROA) para los empleados del sector Atlántico.

SECCION II

LESIONES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO

Atención Médica y Procedimientos Administrativos

1. TRATAMIENTO DE CASOS DE PRIMEROS AUXILIOS

La mayoría de las lesiones menores de trabajo son normalmente atendidas por la Enfermera de Salud Ocupacional de turno en uno de los Centros de Salud Ocupacional de la Comisión. La enfermera de salud ocupacional atenderá a los empleados sea cual fuere su nacionalidad o elegibilidad a cualquier sistema de atención médica. La enfermera determinará, en base a la naturaleza de la lesión o la enfermedad, cómo ha de manejarse el caso.

Los Centros de Salud Ocupacional de la Comisión se encuentran en los siguientes lugares:

Edificio 721, Balboa	52-7108/3842
Edificio 10, Area Industrial de Balboa	252-7983
Edificio 11, Esclusas de Miraflores	252-8305
Edificio 6, Esclusas de Pedro Miguel	252-8205
Edificio 23, Gamboa	256-6661
Edificio 5106, Area de la División Industrial de Mount Hope ..	246-7465
Edificio 122, Esclusas de Gatún	243-5237

En el caso de lesiones menores, la enfermera ofrecerá los primeros auxilios y devolverá al empleado a su trabajo. La enfermera anotará el tratamiento de primeros auxilios que se le proporciona a los asegurados de la Caja de Seguro Social (CSS) en su informe diario. En casos que necesitan atención adicional, la enfermera solicitará que el empleado sea llevado a la instalación más cercana de la CSS para tratamiento adicional. Si la lesión no necesita atención adicional hasta más tarde, los documentos de la enfermera de la Comisión del Canal de Panamá que dió primeros auxilios al empleado, deberá acompañar al informe requerido por la Caja de Seguro Social. El punto 7 de esta sección suministra una lista de las instalaciones de la CSS y sus horarios.

Los Centros de Salud Ocupacional de la Comisión funcionarán regularmente durante las mismas horas diurnas que las unidades a las que sirven. Para casos de primeros auxilios que ocurren fuera de las horas regulares diurnas de trabajo, los asegurados de la CSS pueden ser llevados a la

Clinica del Seguro Social más cercana, o a la estación de bomberos de la Comisión más cercana para que reciba atención médica de un Técnico Médico de Urgencia.

2. ATENCION DE CASOS NO URGENTES QUE NECESITAN MAS QUE PRIMEROS AUXILIOS

Si se necesita más atención médica que la que puede obtenerse en los Centros de Salud Ocupacional de la PCC, lleve a los asegurados a las instituciones de salud de la CSS. Debido a la extensa cantidad de servicios que brindan, se recomienda que los asegurados de la CSS sean llevados al Hospital Metropolitano en la ciudad de Panamá, o al Hospital Amador Guerrero en Colón. Ambos hospitales funcionan 24 horas al día con médicos y enfermeras en servicio a toda hora y ofrecen toda clase de servicios auxiliares. Durante las horas diurnas, el Hospital Metropolitano tiene una clínica especialmente dedicada a atender lesiones de trabajo ("Clínica de Riesgos Profesionales"). En cualquier otro caso, las lesiones de trabajo serán atendidas y tratadas en el Cuarto de Urgencia de este hospital. Los casos de lesiones o enfermedades de trabajo del sector Atlántico son llevados al Cuarto de Urgencia del Hospital Amador Guerrero.

Si una lesión de trabajo necesita atención médica en una institución de salud es recomendable que el supervisor u otra persona responsable acompañe al empleado lesionado para proporcionarle ayuda, para indicarle al médico que lo atienda si puede asignársele al paciente labores livianas o limitadas en la unidad, y para cerciorarse que el médico establezca si el empleado puede trabajar o está incapacitado.

3. ATENCION DE CASOS DE URGENCIA

Aunque generalmente los asegurados de la CSS deben recibir atención médica además de primeros auxilios en las clínicas y hospitales de la CSS, se han hecho arreglos para que se les proporcione la atención de urgencia necesaria para evitar la pérdida de la vida, miembro del cuerpo, o vista, en la institución de salud más cercana que pueda proporcionar dicha atención de urgencia, sea cual fuere la elegibilidad del paciente para que se le atienda en esa institución. En casos de urgencia, se transportará al paciente al hospital más cercano en una ambulancia de la División de Bomberos de la Comisión, del Ejército de los EE.UU. (MEDDAC), o de la CSS, o en un vehiculo de la unidad donde trabaja. Con frecuencia se llama a una enfermera de salud ocupacional a la escena de un accidente de trabajo para que administre atención médica vital y otros tratamientos de urgencia hasta que llegue una ambulancia.

En los casos en los que a un asegurado se le lleva y recibe tratamiento de urgencia en un hospital que no pertenece a la CSS, se trasladará al paciente al hospital del Seguro Social correspondiente para continuar el tratamiento

después que las autoridades médicas determinen si dicho traslado puede llevarse a cabo sin perjuicio para el paciente. Al momento del traslado, una copia de las observaciones del médico que lo atendió sobre el estado del paciente será enviada a la CSS, para asegurar la continuidad del tratamiento.

4. REGRESO DE LOS EMPLEADOS LESIONADOS AL TRABAJO

Los empleados que estén temporalmente incapacitados por una lesión de trabajo, y que hayan sido hospitalizados o confinados a su casa por un médico del Seguro Social, deberán avisar inmediatamente a su supervisor sobre el período de incapacidad y, a su regreso al trabajo, presentarán un Certificado de Incapacidad firmado por el médico que lo atendió. A los empleados no se les permitirá regresar al trabajo antes de la fecha especificada en el Certificado de Incapacidad por dicho médico.

La CSS normalmente paga compensaciones por lesiones desde el momento del accidente. Por lo tanto, si el médico declara que el beneficiario está incapacitado ese día, la Comisión le contará su tiempo como si estuviera en LWOP por la décima parte de una hora más cercana desde el momento de la lesión. La LWOP continuará a través de todo el período de incapacidad según lo declarado por el médico.

5. SUBSIDIOS

Según el Programa de Riesgos Profesionales, además de los subsidios médicos, prótesis, y servicios ortopédicos, los asegurados de la Caja de Seguro Social pueden recibir pensiones por incapacidad temporal, incapacidad parcial-permanente, e incapacidad permanente total. El subsidio de incapacidad temporal se basa en el sueldo del asegurado durante los dos meses anteriores. Durante los primeros dos meses de incapacidad, el asegurado recibe el 100% de su sueldo. Si la incapacidad se extiende más allá de los dos meses, el asegurado recibe 60% de su sueldo hasta por un año, o más si la Comisión Médica del Seguro Social decide extender este período. Subsidios por incapacidades permanentes se pagan en base al tipo y alcance de la incapacidad.

Los subsidios de muerte y de funeral también están incluidos en este programa. Además, el Departamento de Trabajo Social suministrará asesoría y ayuda a los asegurados lesionados y sus familias en asuntos tales como problemas económicos; de salud, familiares, emocionales, problemas del empleo y de vivienda; dependencia económica, y solicitud para jubilación según el Programa de Riesgos Profesionales.

6. FORMULARIOS UTILIZADOS PARA OBTENER ATENCION MEDICA, PARA INFORMAR SOBRE LOS ACCIDENTES, Y PARA RECLAMAR INDEMNIZACION POR LESIONES

Los formularios descritos a continuación son utilizados comúnmente en

conexión con alguna lesión o enfermedad de trabajo. Hay muestras de estos formularios debidamente llenados, en el apéndice en el centro de este folleto.

a. Formulario 02-1123-27, de la Caja del Seguro Social, Orden de Atención Médica.

Este formulario debe ser llenado por el supervisor del empleado lesionado para que pueda recibir atención médica.

Excepto en casos de urgencia, este formulario deberá acompañar al paciente. En el formulario debe aparecer el nombre del empleado y su número de cuenta del Seguro Social; el nombre del patrono (Nombre de la Empresa: Comisión del Canal de Panamá, tal División); Número Patronal: en el caso de la Comisión, este número es 81-833-0001, cualquiera que sea la dirección o unidad donde trabaje); y la firma del supervisor inmediato o de cualquier otro oficial responsable. Si hay trabajo liviano disponible en la unidad, sin lugar a duda, este hecho deberá constar en el margen inferior del formulario para ayudar al médico tratante, a determinar cuál ha de ser la condición de trabajo del empleado.

b. Formulario 02-1105-27 del Seguro Social, Informe Patronal de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

En este formulario se documentan las circunstancias relativas a un accidente o enfermedad relacionado con el trabajo. El formulario debe llenarse en español en la unidad en que trabaja el asegurado, cuando quiera que el asegurado se lesione en el trabajo y necesite atención médica adicional a los primeros auxilios suministrados en los centros de salud ocupacional de la Comisión.

Las unidades del sector Pacífico deben entregar lo antes posible este formulario a la Oficina de Compensación de Empleados (PRDC), que es la oficina de enlace con la Caja de Seguro Social, para que sea firmado y llevado a la Sección de Procesamiento dentro de las primeras 48 horas siguientes al accidente. Dicho formulario debe estar acompañado de una copia de la última ficha, del carnet, y de la cédula del empleado lesionado o enfermo, y los Formularios 7040-A (original) y 267 (en copia) de la Comisión del Canal de Panamá. Las unidades del sector Atlántico deben presentar este formulario conjuntamente con las copias de la ficha, el carnet, la cédula, y el Formulario PCC 7040-A, directamente a la oficina administrativa de la CSS* del área del Atlántico dentro de las primeras 48 horas siguientes al accidente o la lesión, y deben enviar una copia del "Informe Patronal" a PRDC.

* La oficina administrativa del Seguro Social en Colón está ubicada en la Calle 6 y Avenida Bolívar y en el edificio de la Policlínica Presidente Remón en Calle 17 oeste y Calle H en la ciudad de Panamá. Las dos oficinas están abiertas desde las 8 a.m. hasta las 3:45 p.m. de lunes a viernes, excepto en los días feriados de la República de Panamá.)

El Seguro Social considera las lesiones o accidentes que ocurren en camino hacia el trabajo y desde el mismo como accidentes de trabajo, y por lo tanto debe llenarse un Informe Patronal para documentar estos casos. En los casos de accidentes que ocurren en camino al trabajo o desde el mismo, el empleado tiene la obligación de preparar, firmar, y entregar el formulario a la oficina administrativa correspondiente del Seguro Social. Sin embargo, se les insta a los supervisores de unidades a que ayuden a los empleados a llenar los formularios si ellos así lo solicitan.

Excepto en el caso de accidentes que ocurren en camino al trabajo o desde el mismo, el formulario de Informe Patronal debe firmarlo el funcionario autorizado, o sea, la persona cuyo facsímil de firma se encuentra en el Registro de Firma en los archivos de la oficina administrativa correspondiente del Seguro Social.

Cuando se presenta el formulario debidamente lleno, el Seguro Social devolverá una copia al patrono y otra al empleado. En la copia del empleado constará la fecha de entrega del cheque de subsidio en la oficina administrativa correspondiente del Seguro Social. (El empleado debe llevar su copia del Formulario 267 de la Comisión del Canal de Panamá como prueba de que está de vacaciones sin sueldo en las planillas de la Comisión. Vea el subpárrafo d, a continuación.) Si una persona que no sea el asegurado retira el cheque, debe presentar un formulario de poder llenado previamente, que se haya disponible en el Seguro Social para estos fines.

Los cheques de subsidio se retiran, por lo general, en la oficina administrativa del Seguro Social que atiende el área donde trabaja el empleado. Sin embargo, en el caso de los empleados que trabajan en un sector del Istmo pero residen en otro, el cheque podrá entregarse en la oficina del Seguro Social en el área de residencia si se envía una nota breve en español con el Informe Patronal, solicitando que el cheque se entregue allí.

En los casos en que el Seguro Social devuelve el Informe Patronal con la anotación "Investigación", el empleado debe tomar el formulario y presentarse tan pronto como sea posible a la Sección de Trámites de la oficina administrativa correspondiente del Seguro Social. Mientras la investigación no haya concluido no se tramitará el reclamo de subsidio.

Los supervisores deben cerciorarse de que el Informe Patronal se haya llenado debidamente en español antes de su envío. Los formularios incompletos o que no puedan leerse, o los que no se preparen totalmente en español, serán devueltos por el Seguro Social sin tramitar, y el reclamo de subsidio del empleado se demorará hasta tanto el formulario se haya presentado nuevamente y el Seguro Social lo haya aceptado.

Para conveniencia de los supervisores que no hablan español, existe una traducción al inglés del formulario de Informe Patronal que se puede

obtener en la División de Apoyo Logístico. Sin embargo, esta información debe ser traducida posteriormente al español y transcribirse en el formulario de Informe Patronal antes de entregarlo al Seguro Social para que sea tramitado.

c. Formulario 02-1134-27 de la CSS, Registro de Firmas.

Este formulario se utiliza para designar y documentar el nombre y firma de aquellas personas que han sido autorizadas para firmar el Informe Patronal. Como personas autorizadas se incluye personal de la División de Seguridad tal como jefes de división o ramo u oficiales administrativos que se han designado por la gerencia del departamento, división o ramo como representantes legales autorizados para firmar los formularios. Para facilitar los trámites y su control, debe mantenerse a un mínimo absoluto la cantidad de personas autorizadas para firmar, o sea, que se limite a no más de 5 por dirección.

En el caso de las unidades del área del Atlántico, deben mantenerse las tarjetas actualizadas de registro de firmas en los archivos de la oficina administrativa del Seguro Social en Calle 6 y Avenida Bolívar en Colón. Para las unidades del área del Pacífico, incluso las de Gamboa, dichas tarjetas deben constar en los archivos del Seguro Social en Calle 17 Oeste y Calle H en la ciudad de Panamá.

Los formularios del Informe Patronal que lleven la firma de otra persona cuya firma no aparece en la Tarjeta de Registro de Firmas archivado en el Seguro Social, serán devueltos automáticamente por el Seguro Social sin tramitarlos. La única excepción son los Informes Patronales relativos a los accidentes que ocurren en camino al trabajo y desde el mismo; estos deben ser firmados por el asegurado, y para los cuales no se exige la Tarjeta de Registro de Firmas en los archivos del Seguro Social.

d. Formulario 267 de la Comisión del Canal, Solicitud para Licencia.

De acuerdo con un convenio logrado antes de la vigencia del Tratado con el fin de evitar el pago doble a los asegurados del Seguro Social empleados por la Comisión, a éstos se les concederá licencia sin sueldo durante los periodos de incapacidad por lesiones o enfermedades de trabajo. El Seguro Social le pagará al empleado el período de incapacidad. El funcionario encargado de la unidad del empleado preparará y aprobará el Formulario 267 para concederle la licencia sin sueldo al empleado. Este formulario sirve solamente para el uso interno de la Comisión. En el sector Pacífico, una copia de este formulario se debe entregar a PRSF junto con el Formulario 7040-A.

e. Formulario 7040-A de la Comisión del Canal, Aviso de Exclusión de la Planilla-Riesgos Profesionales.

Este formulario es preparado por la unidad del empleado lesionado o enfermo para documentar para la CSS los días en que el empleado está en

licencia sin sueldo. Este formulario se entrega directamente a la CSS, firmado (en el Atlántico), o al PRSF, sin firma (sector Pacífico), junto con el Informe Patronal.

f. Formulario 5029 de la PCC, Informe del Supervisor sobre Lesiones Personales y Daños a la Propiedad.

Los supervisores deberán presentar el original de este formulario a la División de Seguridad por cualquier lesión o enfermedad sobre la cual se haya informado al Seguro Social en el Informe Patronal, o sea, por cualquier lesión o enfermedad por la cual se haya recibido atención médica. No se presente este formulario en casos en que se haya recibido tratamiento en un centro de salud ocupacional de la Comisión solamente.

7. INSTITUCIONES DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL

Los asegurados de la Caja de Seguro Social pueden obtener tratamiento en cualquier institución de la misma. Las siguientes instituciones de la Caja de Seguro Social están ubicadas en las áreas de las ciudades de Panamá y Colón:

a. **El Hospital Metropolitano**, en la Carretera Transísmica de Panamá, al lado de la Universidad de Panamá. Las lesiones de trabajo se atenderán durante las horas regulares de trabajo en la Clínica de Riesgos Profesionales, que se encuentra en la planta baja del hospital. Después de las 5:30 p.m., estos casos se atenderán en el Cuarto de Urgencia que también se halla en la planta baja del edificio principal del hospital.

b. **La Clínica/Dispensario en Balboa**, ubicada en la planta baja del antiguo edificio de la Capitanía del Puerto en Balboa (cerca al Muelle 18). Una enfermera y un médico atienden de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. (excepto en los días feriados de la República de Panamá).

c. **La Clínica/Dispensario en el área del Muelle de Cristóbal**. Hay una enfermera de turno de 7 a.m. a 1 p.m. y un médico de las 7 a.m. a las 4 p.m. de lunes a viernes (excepto en los días feriados de la República de Panamá).

d. **El Hospital Amador Guerrero**, ubicado en la Calle 10, Nuevo Cristóbal en Colón. Todos los casos se atienden en el Cuarto de Urgencia.

8. PREGUNTAS QUE FRECUENTEMENTE HACEN LOS SUPERVISORES Y LOS ASEGURADOS DEL SEGURO SOCIAL

P. ¿Por cuánto tiempo debe estar inscrito el asegurado para tener derecho a recibir tratamiento o subsidio por lesiones o enfermedades de trabajo?

R. El empleado adquiere el derecho de recibir tratamiento y subsidio por una lesión de trabajo inmediatamente al inscribirse en el Seguro Social.

P. ¿Si un empleado temporal se lesiona en el trabajo y el período de incapacidad se extiende más allá de la fecha en que termina su nombramiento, continuará recibiendo tratamiento o subsidio por lesiones?

R. Si. El tratamiento y el subsidio por lesiones continuará hasta que la persona se haya recuperado totalmente del episodio, o se le haya declarado permanentemente incapacitado.

P. ¿Cuánto tiempo toma tramitar el formulario del Informe Patronal para que se efectúe el pago del subsidio?

R. Generalmente, el trámite del Informe Patronal y la preparación del cheque toma de 9 a 12 días laborables a partir del momento en que la oficina administrativa correspondiente del Seguro Social recibe y acepta el formulario.

P. ¿Dónde pueden los supervisores obtener una cantidad de los diferentes formularios relacionados con lesiones de trabajo?

R. Estos formularios se pueden obtener de la División de Apoyo Logístico. Los números de existencia están en el Catálogo de Existencias del Almacén.

P. ¿Con cuánto contribuye la Comisión al fondo de la Caja de Seguro Social Para el Programa de Riesgos Profesionales?

R. La Comisión contribuye con 1.7% del sueldo bruto del asegurado. El asegurado no paga contribución alguna.

SECCION III

JUBILACION

1. PENSION REGULAR DE VEJEZ

Para tener derecho a una pensión regular de vejez, la mujer debe haber cumplido 55 años de edad, y el hombre 60 años. Debe haber acreditado por lo menos 180 meses de cotizaciones.

La pensión será el equivalente del 60% del sueldo base mensual, más:

- 1.25% del sueldo base mensual por cada 12 meses completos de servicio y entre 120 y 240 cotizaciones antes de cumplir con los requisitos de edad para pensión por vejez; más
- 1.5% del sueldo base mensual por cada 12 meses completos y más de 240 cotizaciones antes de cumplir con los requisitos de edad.

Cuando el asegurado sigue trabajando después de llenar los requisitos de edad y cuotas, recibirá 2% del salario base por cada 12 meses completos de allí en adelante. La pensión mínima es de B/.145 por mes, y la máxima es de B/.1,500 por mes.

Para solicitar una pensión, el asegurado debe presentar los siguientes documentos al Departamento de Pensiones y Subsidios: Carnet de identidad del Seguro Social, cédula de identidad personal, un formulario de Certificación de Cese de Labores, y el formulario de solicitud con la información requerida.

2. PENSION DE VEJEZ ANTICIPADA

La pensión de vejez anticipada está disponible para los asegurados que tengan acreditados por lo menos 180 meses de cotizaciones y que han cumplido 50 años de edad (las mujeres) o 55 años de edad (los hombres).

Para determinar el monto de la pensión por vejez anticipada, primero debe calcularse la pensión de vejez regular según se describe arriba. Entonces, se multiplica esa pensión por el factor de reducción que corresponde a la edad del asegurado, según lo siguiente:

<i>Edad</i>		<i>Factor de Reducción</i>
<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	
55	50	0.8231
56	51	0.8524
57	52	0.8844
58	53	0.9194
59	54	0.9578

La pensión mínima es de B/.145 multiplicada por el factor de reducción aplicable; la pensión máxima es de B/.1,500 multiplicada por el factor de reducción correspondiente.

Para solicitar un subsidio por vejez anticipada, deben presentarse los siguientes documentos al Departamento de Pensiones y Subsidios: el carnet, la cédula, una Certificación de Cese de Labores, y el formulario de solicitud con la información requerida.

3. PENSION DE INVALIDEZ

Esta pensión se le paga al empleado que a causa de enfermedad o alteración física o mental, queda incapacitado para procurarse, por medio de un trabajo proporcionado a sus fuerzas, capacidad y formación profesional, la remuneración equivalente por lo menos a un tercio de la remuneración que percibía habitualmente antes de sobrevenirle la invalidez o de la que habitualmente percibe en la misma región un trabajador sano del mismo sexo y de capacidad y formación semejantes. Para tener derecho a la pensión, debe ser declarado inválido (tener un mínimo de 66.6% de incapacidad) por la Comisión de Prestaciones de la CSS; haber pagado un mínimo de 36 cuotas mensuales; y tener por lo menos 18 cuotas dentro de los 3 años anteriores a su solicitud. Este subsidio no es aplicable a las enfermedades o lesiones ocupacionales, las cuales están cubiertas por el Programa de Riesgos Profesionales (ver la Sección II de este folleto).

La cantidad de la pensión será 60% del sueldo base mensual, más:

- 1.25% de la base por cada 12 meses completos que tuviese entre 120 y 240 cotizaciones, más
- 1.5% de la base por cada 12 meses completos que tuviese en exceso de los primeros 240 meses de cotizaciones.

La pensión mínima por invalidez es de B/.145; y la máxima es de B/.1,500.

Para solicitar la pensión de jubilación por invalidez se deberán presentar los siguientes documentos al Departamento de Pensiones y Subsidios (Calle 17 en la ciudad de Panamá): carnet, cédula, y el formulario de solicitud con la información requerida. Se requerirá también un examen médico; un miembro del Departamento de Trabajo Social del Seguro Social hará los arreglos y notificará al solicitante la fecha en que debe presentarse al examen médico.

4. SUBSIDIO ECONOMICO A LOS DEPENDIENTES

El empleado inscrito que está recibiendo una pensión por invalidez o vejez basado en su edad (regular o anticipada) tiene derecho a recibir ayuda económica adicional para los miembros dependientes de su familia que están inscritos, en la forma siguiente:

- (1) B/.20 al mes por la esposa (o, si no la tiene, la compañera), o el esposo incapacitado (o el compañero inscrito).
- (2) B/.10 al mes por cada hijo menor de 14 años o menor de 18 años si está matriculado en un curso de estudio aprobado; al hijo incapacitado por el tiempo que dure la incapacidad documentada y si el niño depende económicamente del jubilado.

El máximo de la ayuda económica mensual disponible a los jubilados incapacitados o retirados es de B/.100 al mes.

SECCION IV

SUBSIDIOS DE MUERTE

1. SUBSIDIO DE FUNERAL

A la muerte de un asegurado o pensionado, se reconocerá un subsidio de funeral hasta de B/.250 a los familiares. Para tener derecho a esta ayuda, el empleado fallecido debe tener por lo menos 6 cuotas mensuales en los 12 meses anteriores a su fallecimiento.

El reclamo puede presentarse hasta 6 meses después de la fecha de muerte.

2. PENSION DE SOBREVIVIENTE

La pensión del sobreviviente se paga a los sobrevivientes dependientes de un jubilado o asegurado que fallece de muerte natural y no ocupacional. Para tener este derecho, el asegurado fallecido debe tener el número requerido de cuotas (mínimo de 36 cotizaciones, y que por lo menos 18 de ellas fuesen dentro de los 3 años anteriores al fallecimiento), o tener derecho a una pensión de vejez, con un mínimo de 180 cuotas.

Tienen el derecho a pensión de sobreviviente los siguientes, y los porcentajes correspondientes son:

Viuda	50%
Viudo incapacitado (si depende económicamente de la fallecida)	50%
Hijos (hasta 14 años de edad, o hasta 18 si están matriculados en una escuela pública o acreditada por el estado)	20% cada uno
Madre (en ausencia de una viuda e hijos elegibles)	50%
Padre, incapacitado o mayor de 60 (en la ausencia de una viuda, hijos y madre elegibles)	30%
Hermanos o hermanas menores de 14 años (en la ausencia de viuda, hijos, madre y padre elegibles)	20% cada uno

La pensión se calcula en base al subsidio por invalidez o la pensión de vejez que recibía el empleado inscrito en el momento de su muerte, excluyendo cualquier otra ayuda, o en la cantidad que hubiera correspondido.

APPENDIX A. SUMMARY OF REPORTING FORMS FOR INJURIES AND ILLNESSES

APENDICE A. RESUMEN DE LOS FORMULARIOS PARA INFORMAR SOBRE LESIONES Y ENFERMEDADES

HEALTH & MATERNITY BENEFITS/PRESTACIONES DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD	TITLE OF FORM TITULO DEL FORMULARIO	FORM NO. NO. DEL FORMULARIO	WHEN USED/CUANDO SE UTILIZA	
WORKERS' COMPENSATION/ RIESGOS PROFESIONALES	Certificate of Incapacity Certificado de Incapacidad	--	Completed by medical doctor to substantiate duration of absence.	Debidamente llenado por un médico para comprobar la duración de ausencia del trabajo.
	Request for Leave Solicitud de Licencia	PCC 267	To request/document approval of annual leave, leave-without-pay, or leave-in-advance of accrual status. (Internal use.)	Para solicitar/documentar aprobación de licencia anual, licencia sin sueldo ó licencia adelantada. (Uso interno.)
	Notice of Exclusion from the Payroll Aviso de Exclusión de la Planilla	PCC 7040	To indicate dates of incapacity and non-PCC pay status (while compensation is received from CSS). (Send to CSS.)	Para documentar fechas de incapacidad y exclusión de la planilla (mientras se recibe subsidio de la CSS). (Entregue a la CSS.)
	Certificate of Incapacity Certificado de Incapacidad	--	Same as above.	Lo mismo que arriba.
	Request for Medical Attention Orden de Atención Médica	CSS 02-1123-27	Must accompany the patient to receive medical treatment at a CSS facility.	Debe acompañar al paciente para poder recibir atención médica en una clínica de la CSS.
	Employer's Report of Performance-of-Duty Accident or Illness Informe Patronal de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales	CSS 02-1105-27	To document circumstances surrounding an accident/illness, whether lost-time or not. (Must be submitted to CSS within 48 hours.) Pacific side - send to PRSF; Atlantic side - send to CSS, copy to PRSF.	Para documentar las circunstancias sobre un accidente/enfermedad, si sea "lost time" ó no. (Se debe entregar a la CSS dentro de un plazo de 48 horas.) Sector Pacífico - entregue al PRSF; sector Atlántico - entregue a la CSS, con copia al PRSF.
	Signature Specimen Card Registro de Firmas	CSS 02-1130-27	To designate and document the names and signatures of those individuals who have been authorized to sign the Informe Patronal form.	Para designar y documentar los nombres y firmas de aquellas personas que han sido autorizadas para firmar el Informe Patronal.
	Request for Leave Solicitud para Licencia	PCC 267	To document leave-without-pay status during absence from job. (Lost-time accidents only.) (Internal use.)	Para documentar licencia sin sueldo durante el período de ausencia del trabajo. ("Lost-time" solamente.) (Uso interno.)
	Notice of Exclusion from the Payroll-P00 Aviso de Exclusión de la Planilla - Riesgos Profesionales	PCC 7040-A	Same as above, relating to performance-of-duty injuries. Send with Informe Patronal to PRSF (Pacific side) or to CSS with a copy to PRSF (Atlantic side).	Lo mismo que arriba, relacionado a riesgos profesionales. Entregue junto con el Informe Patronal a PRSF (Sector Pacífico) o a CSS con copia a PRSF (Sector Atlántico).
	Supervisor's Report of Personal Injury and/or Property Damage Informe del Supervisor sobre Lesiones Personales y/o Danos a la Propiedad	PCC 5029	To document & analyze circumstances surrounding any accident/illness requiring medical attention. (This form is not required in cases requiring first aid care only.) Send to PRSF.	Para documentar y analizar las circunstancias sobre cualquier accidente o enfermedad para que se necesita atención médica. (No se requiere en casos de primeros auxilios solamente.) Entregue a PRSF.

PANAMA CANAL COMMISSION

REQUEST FOR LEAVE—SOLICITUD PARA LICENCIA

TYPE OF LEAVE REQUESTED—TIPO DE LICENCIA SOLICITADA (Not covered by Forms 194-L, 265, and 859—No incluido en los formularios 194-L, 265, y 859)	Effective Dates—Fechas		Total Requested Total Solicitadas
	From—Del	To—Al	Hrs./Days—Hrs. Días
☐ Military leave <i>Licencia para entrar en Servicio Militar</i>			
☐ Leave in advance of accrual <i>Licencia sin haber acumulado las horas</i>			
☒ Leave without pay <i>Licencia sin pago</i>	4/26/86	5/2/86	40.0 Hours
☐ Other <i>Otro</i>			

William Williamson, IP 1234567
R&G: 1520
Locks Division, Pacific Branch
(Pedro Miguel Locks)

Name and IP No. of employee
Nombre y número de identificación del empleado

Roll and Gang No. Division where employed
Número de cuadrilla División donde trabaja

☒ Full time ☐ Part time
Tiempo completo Tiempo parcial

To: DIVISION CHIEF (Thru Immediate Supervisor)

MRLC

Al: JEFE DE LA DIVISION (Por medio del Supervisor Inmediato)

Through: MRLP

Reasons and other pertinent facts relative to leave request—*Razones y otros datos relacionados con la solicitud*

Employee placed in quarters by CSS due to LOD sustained on 4/24/86 at 2200 hours.

NW 4/29-30/86. He worked the full 1600-2400 hour shift on 4/24/86 and got medical treatment on 4/25/86, which was a non-work day.

Privacy Act Statement: The information you are being asked to provide on this form will be used to enable management to make a determination as to whether to grant leave as requested. Disclosure of the information is voluntary, however, failure to provide the requested information may delay or render impossible the processing of your request for leave, or may result in a determination to disapprove leave. Should you request military leave, to the extent necessary, information you provide may be released to the branch of military service you may be serving. See also the General Routine Uses in 35 CFR, Part 10, Appendix A. This agency is authorized to collect this information under 5 U.S.C. 6323; 22 U.S.C. 3642 and 3658; and Articles III and X of the Panama Canal Treaty of 1977.

Signature of employee—*Fecha del empleado*

Date—*Fecha*

5/8/86

To: BUREAU DIRECTOR

Al: JEFE DEL DEPARTAMENTO

It is recommended this leave request be:

Recomiendo que esta solicitud para licencia sea:

☒ Approved—*Aprobada*

☐ Disapproved—*Desaprobada*

Signature of Division Chief and date.
Firma de Jefe de la División y fecha.

Chief, Locks Division

To: EMPLOYEE—Al: EMPLEADO

Your request for leave has been

Su solicitud para licencia ha sido

☐ Approved for hours/days

☐ *Aprobada por hora/días*

☐ Disapproved

☐ *Desaprobada*

☐ Approved as requested

☐ *Aprobada según la pidió*

☐ Submit one copy of your military orders, before departure, to the Payroll Branch, and one copy, certified by your Commanding Officer and showing length of time in service, as soon as you are discharged.

Envíe una copia de sus órdenes militares al Ramo de Planillas, antes de partir y una copia certificada por su Comandante en Jefe indicando el período de servicio, tan pronto como termine el mismo.

☐ This approved leave will be charged against such accrued leave which you may have to your credit, or the maximum permissible amount, and the remainder of your absence will be in a leave without pay status.

Esta licencia que ha sido aprobada se le descontará del resto de las horas de licencia que usted tenga a su favor o de la cantidad total de horas de licencia permitida, y el resto de su licencia se anotará como licencia sin pago.

☐ Leave taken in advance of accrual will be recovered from future leave earnings.

Las horas de licencia tomadas antes de haberlas acumulado se descontarán de las horas de licencia que usted acumule en el futuro.

☐ This is the maximum amount of leave in advance of accrual that is allowable. Any additional leave will be in a leave without pay status.

Esta es la suma total de horas de licencia permitida. Cualquiera otra licencia que usted tome se anotará como licencia sin pago.

☐ This approved leave will not be charged against your accrued leave balance, per your request.

Esta licencia no se descontará del saldo de vacaciones acumuladas, tal como lo solicita.

Distribution:

Employee—*Empleado*

Division concerned—*División donde trabaja*

Payroll Branch (3)—*Ramo de Planillas (3)*

Official Personnel Folder—*Archivo Personal*

Signature of Bureau Director or Head of Independent Unit
Firma del Jefe del Departamento

Date—*Fecha*



7040
Rev. 6-82

COMISION DEL CANAL DE PANAMA
BALBOA, REPUBLICA DE PANAMA

FECHA: 11 de agosto de 1987

Jefe de Pensiones y Subsidios
CAJA DE SEGURO SOCIAL
Presente

Asunto: Aviso de exclusión de la planilla
COMISION DEL CANAL DE PANAMA

El suscrito certifica que la persona cuyo nombre y número de Seguro Social se indican más abajo es empleada de la Comisión del Canal de Panamá y estuvo incapacitada temporalmente para trabajar por accidente o enfermedad no cubiertos por riesgos profesionales. Más abajo se indican, también, el número de IP y las fechas de inicio y terminación del período de incapacidad y del período de exclusión de la planilla en uso de licencia sin sueldo.

Nombre: Moreno, Manuel

Nº de S.S.: 987654

Nº de IP: 1234567

Incapacitado(a)

Desde: 3 de agosto de 1987

Hasta: 7 de agosto de 1987

Excluido(a) de la planilla

Desde: 6 de agosto de 1987

Hasta: 7 de agosto de 1987

Número Patronal: ☒ 81-833-0001
☐ 81-833-0002

Firma Autorizada:

Nombre: Lola P. Falana

Dependencia: Division Industrial



70-46
Rev. 6-82

PANAMA CANAL COMMISSION
BALBOA, REPUBLIC OF PANAMA

DATE:¹

Chief, Annuities and Subsidies
CAJA DE SEGURO SOCIAL

Subject: Notice of exclusion from the payroll
PANAMA CANAL COMMISSION

The undersigned certifies that the person whose name and Social Security number are shown below is an employee of the Panama Canal Commission and was temporarily incapacitated for work for reasons other than line-of-duty injury or disease. Also shown below are the IP number and the beginning and ending dates of the period of incapacity and of the period of exclusion from the payroll while on leave-without pay status.

Name: (Last name first)

S.S. No.:

IP No.:

Incapacitated (State here if due to maternity, i.e., "--Maternidad")

From:¹

To:¹

Excluded from the payroll

From:¹

To:¹

Employer No.: ☐ 81-833-0001²
☐ 81-833-0002³

Authorized signature:

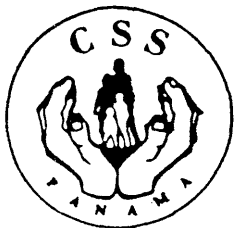
Name: (First Name, Middle Initial, Last Name)

Organization: (Bureau or Independent Unit)

¹Day, Month, Year. For example: 10 diciembre 1981.

²For employees with full Panama Social Security coverage.

³For employees covered only under the Panama Social Security Health and Maternity Benefits Program.



CAJA DE SEGURO SOCIAL
Dirección Ejecutiva de Prestaciones Económicas
PROGRAMA DE RIESGOS PROFESIONALES
ORDEN DE ATENCION MEDICA

Cód.—02-1123-27

Panamá, 12 de Diciembre de 19 86

El señor Juan Díaz Asegurado No. 222-4444

Cédula No. 3-12-3456, ha sufrido accidentalmente lesiones en el desempeño de su trabajo.

Agradecemos a ustedes se sirvan atender al paciente y darle el tratamiento necesario.

De usted atentamente,

Comision del Canal de Panama
NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL

81-833-0001
NUMERO PATRONAL

FIRMA AUTORIZADA

(El uso indebido de este documento será debidamente sancionado de acuerdo con las disposiciones legales pertinentes)

Imp. "CASESO"

CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION NACIONAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS
RIESGOS PROFESIONALES
INFORME PATRONAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y
ENFERMEDADES PROFESIONALES

NOMBRE DEL ASEGURADO Juan Doe No. S.S. 400-3232
 CEDULA 4-000-123 Nombres 34 Apellidos 4.02-hr SEXO MASC. ☒
 DIRECCION DEL ASEGURADO Colon, # R-2-7 OCUPACION Contralor de plagas FEM. ☐
 TIEMPO TRABAJADO EN LA EMPRESA 24 3 80 ULTIMO DIA TRABAJADO 30 4 87
 D M A D M A

FECHA DEL ACCIDENTE			HORA	
DIA	MES	AÑO	A.M.	P.M.
30	abril	87		1:05

FUERA DE LA EMPRESA ☐
 DENTRO DE LA EMPRESA ☒ ESPECIFIQUE EL LUGAR Diversion Este

COMO OCURRID EL ACCIDENTE Estaba cortando carrizillo del lado de la zanja, al tirar el machete reboto el carrizillo, y al tratar de quitarmelo de encima, la punta del machete me corto.

INDIQUE LA (S) LESION (ES) SUFRIDA (S) Y LA (S) PARTE (S) DEL CUERPO AFECTADA (S) Herida en pierna derecha.

DATOS DE LA EMPRESA

No. PATRONAL <u>81-833-0001</u>		ACT. ECONOMICA _____		Prima Riesg Prof.	Empresa Pub. Priv.
NOMBRE: <u>Comision del Canal de Panama, Division de Sanidad</u>					☒
DIRECCION <u>Edif. 5116, Mt. Hope, R. P.</u>					
HORARIO DE TRABAJO					
DETALLE DE LOS DIAS DE LA SEMANA		HORARIO QUE TENIA EL DIA DEL ACCIDENTE		INDIQUE AQUI SI LA EMPRESA TRABAJA TURNOS ROTATIVOS.	
		MANANA	TARDE		
DE LUNES	A VIERNES	DE 7:00am A 11:30am	DE 12:00M A 3:30pm		
	SABADO	DE A	DE A		
	DOMINGO	DE A	DE A		
TOTAL DE HORAS SEMANALES		DIAS LIBRES			

TESTIGOS DEL ACCIDENTE

1. NOMBRE _____ FIRMA _____ CED. _____
 2. NOMBRE _____ FIRMA _____ CED. _____

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA REPORTAR EL RIESGO

FIRMA _____	CED. <u>3-12-123</u>	OCUPACION <u>Jefe Suplente-Area Norte</u>	Sanidad
NOMBRE <u>Roberto Robertson</u>	TELEFONO <u>43-7438</u>	FECHA <u>5/1/87</u>	
OBSERVACIONES _____			

PARA USO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

OBSERVACIONES _____	
ENVIADO A CUENTAS _____	
D M A	
TRAMITE DE RIESGOS PROF.	AUDITORIA DE PRESTACIONES ECONOMICAS

81-833-0001

No. Patronal

Comisión del Canal de Panama

Nombre del Patrono

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Cod- 02-1180-27

DIRECCION EJECUTIVA DE RIESGOS PROFESIONALES

REGISTRO DE FIRMAS

Sírvase conocer como autorizados y responsables para todo lo relacionado con el Seguro de Riesgos Profesionales a las siguientes personas:

1. — NOMBRE Rosa Rosales FIRMA: _____
POSICION Safety Specialist, Dredging CEDULA: 8-123-456 S S 000-11-2222
2. — NOMBRE _____ FIRMA: _____
POSICION _____ CEDULA: _____ S. S. _____
3. — NOMBRE _____ FIRMA: _____
POSICION _____ CEDULA: _____ S. S. _____

Cualquiera modificación debe ser informada inmediatamente a las oficinas de RIESGOS PROFESIONALES para los efectos del caso.

William H.M. Brunner

Nombre del Rep. Legal

Firma del Rep. Legal

Imp. CASESO

PANAMA CANAL COMMISSION
REQUEST FOR LEAVE—SOLICITUD PARA LICENCIA

TYPE OF LEAVE REQUESTED—TIPO DE LICENCIA SOLICITADA (Not covered by Forms 194-L, 265, and 859—No incluido en los formularios 194-L, 265, y 859)	Effective Dates—Fechas		Total Requested Total Solicitada
	From—Del	To—Al	Hrs./Days—Hrs. Días
☐ Military leave <i>Licencia para entrar en Servicio Militar</i>			
☐ Leave in advance of accrual <i>Licencia sin haber acumulado las horas</i>			
☒ Leave without pay <i>Licencia sin pago</i>	8/7/86	8/8/86	16/2
☐ Other			
☐ Otro			

Manuel Moreno, IP-1234567
R/G 2150, Industrial Division

Name and IP No. of employee
Nombre y número de identificación del empleado

Roll and Gang No. Division where employed
Número de cuadrilla División donde trabaja

☒ Full time ☐ Part time
Tiempo completo Tiempo parcial

To: DIVISION CHIEF (Thru Immediate Supervisor)

Al: JEFE DE LA DIVISION (Por medio del Supervisor Inmediato)

Reasons and other pertinent facts relative to leave request—*Razones y otros datos relacionados con la solicitud.*

Illness not related to job from 8/4 - 8/8/86. First 3 days in leave status.

Compensated by CSS for remaining 2 days.

Privacy Act Statement: The information you are being asked to provide on this form will be used to enable management to make a determination as to whether to grant leave as requested. Disclosure of the information is voluntary, however, failure to provide the requested information may delay or render impossible the processing of your request for leave, or may result in a determination to disapprove leave. Should you request military leave, to the extent necessary, information you provide may be released to the branch of military service you may be serving. See also the General Routine Uses in 35 CFR, Part 10, Appendix A. This agency is authorized to collect this information under 5 U.S.C. 6323, 22 U.S.C. 3642 and 3658; and Articles III and X of the Panama Canal Treaty of 1977.

Signature of employee—*Fecha del empleado*

Date—*Fecha*

8/9/86

To: BUREAU DIRECTOR

Al: JEFE DEL DEPARTAMENTO

It is recommended this leave
request be:

*Recomiendo que esta solicitud
para licencia sea:*

☒ Approved—*Aprobada*

☐ Disapproved—*Desaprobada*

Signature of Division Chief and date.
Firma de Jefe de la División y fecha.

Chief, Industrial Division

To: EMPLOYEE—Al: EMPLEADO

Your request for leave has been

Su solicitud para licencia ha sido

☐ Approved for hours/days

☐ *Aprobada por hora/días*

☐ Disapproved

☐ *Desaprobada*

☐ Approved as requested

☐ *Aprobada según la pidió*

☐ Submit one copy of your military orders, before departure, to the Payroll Branch, and one copy, certified by your Commanding Officer and showing length of time in service, as soon as you are discharged.

Envíe una copia de sus órdenes militares al Ramo de Planillas, antes de partir y una copia certificada por su Comandante en Jefe indicando el periodo de servicio, tan pronto como termine el mismo.

☐ This approved leave will be charged against such accrued leave which you may have to your credit, or the maximum permissible amount, and the remainder of your absence will be in a leave without pay status.

Esta licencia que ha sido aprobada se le descontará del resto de las horas de licencia que usted tenga a su favor o de la cantidad total de horas de licencia permitida, y el resto de su licencia se anotará como licencia sin pago.

☐ Leave taken in advance of accrual will be recovered from future leave earnings.

Las horas de licencia tomadas antes de haberlas acumulado se descontarán de las horas de licencia que usted acumule en el futuro.

☐ This is the maximum amount of leave in advance of accrual that is allowable. Any additional leave will be in a leave without pay status.

Esta es la suma total de horas de licencia permitida. Cualquiera otra licencia que usted tome se anotará como licencia sin pago.

☐ This approved leave will not be charged against your accrued leave balance, per your request.

Esta licencia no se descontará del saldo de vacaciones acumuladas, tal como lo solicita.

Distribution:

Employee—*Empleado*

Division concerned—*División donde trabaja*

Payroll Branch (3)—*Ramo de Planillas (3)*

Official Personnel Folder—*Archivo Personal*

Signature of Bureau Director or Head of Independent Unit
Firma del Jefe del Departamento

Date—*Fecha*



COMISION DEL CANAL DE PANAMA
BALBOA, REPUBLICA DE PANAMA

7040-A
7-87

Fecha:

Jefe de Pensiones y Subsidios
CAJA DE SEGURO SOCIAL

Asunto: Aviso de exclusion de la
planilla-Riesgos Profesionales
COMISION DEL CANAL DE PANAMA

El suscrito certifica que la persona cuyo nombre y número de Seguro Social se indican a continuación es empleada de la Comisión del Canal de Panamá y esta incapacitada temporalmente para trabajar debido a un accidente o enfermedad cubierto por el programa de Riesgos Profesionales. Dicha persona ha sido excluida de la planilla en uso de licencia sin sueldo, como se indica a continuación:

Nombre:

No. de S.S.:

No. de IP:

Excluido(a) de la planilla

Desde:

Hasta:

Número Patronal: 81-833-0001

Firma Autorizada:.....

Nombre:

Dependencia:



PANAMA CANAL COMMISSION
BALBOA, REPUBLIC OF PANAMA

7040-A
7-87

Date:*

Chief, Annuities and Subsidies
CAJA DE SEGURO SOCIAL

Subject: Notice of exclusion from the payroll-POD
PANAMA CANAL COMMISSION

The undersigned certifies that the person whose name and Social Security number are shown below is an employee of the Panama Canal Commission and is temporarily incapacitated for work due to a line-of-duty injury or disease, and has been excluded from the payroll while in a leave-without-pay status, as indicated below:

Name: (Last name first)

S.S. No.:

IP No.:

Excluded from the payroll

From:*

To:*

Employer No.: 81-833-0001

Authorized signature:.....

Name: (First, Middle Initial, Last Name)

Organization: (Bureau or Independent Unit)

*Day, Month, Year. For example: 10 diciembre 1981

COMPLETE OTHER SIDE ONLY

Section VII	Agency Involved	Check (x) and specify in space provided the object or substance most closely associated with the injury and which in general could have been properly guarded or corrected. One check (x) MUST be entered in this section. <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 1. MACHINES: (AGITATORS, GRINDERS, SEWING MACHINES, VICES, SAWS, LATHES, WELDING MACHINES, ETC.) ☐ 2. PRIME MOVERS & PUMPS: (STEAM, INTERNAL COMBUSTION OR AIR; COMPRESSORS, FANS, BLOWERS, ETC.) ☐ 3. ELEVATORS: (PASSENGER OR FREIGHT.) ☐ 4. HOISTING APPARATUS: (CRANES, HOISTS (AIR OR ELECTRIC), SHOVELS, DREDGES, JACKS, ETC.) ☐ 5. LADDERS & SCAFFOLDS: ☐ 6. MATERIAL HANDLING EQUIPMENT: </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 7. VEHICLES: (ALL TYPES: LAND, SEA, AIR.) ☐ 8. ANIMALS: (INCLUDING INSECTS AND REPTILES.) ☐ 9. MECHANICAL POWER TRANSMISSION APPARATUS: (BELTS, GEARS, COUPLINGS, ETC.) ☐ 10. ELECTRICAL APPARATUS: (MOTORS, TRANSFORMERS, LAMPS, APPLIANCES, ETC.) ☒ 11. HAND TOOLS: <u>Machete</u> (HAND, MECHANICAL OR ELECTRICAL MOTIVE POWER; HAMMERS, WEDGES, WELDING TOOLS, SANDBLASTERS, ETC.) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 12. CHEMICALS: (EXPLOSIVES, GASES, VAPORS, ACIDS, CAUSTICS, POISONOUS VEGETATIONS, ETC.) ☐ 13. HIGHLY INFLAMMABLE & HOT SUBSTANCES: (FIRE, ALCOHOL, STEAM, PAINTS, ETC.) ☐ 14. DUSTS: (EXPLOSIVE, ORGANIC OR INORGANIC; LEATHER, EMERY, COAL ETC.) ☐ 15. CABLES & LINES: ☐ 16. WORKING SURFACES: (FLOORS, DECKS, ROOFS, ROADS, STAIRS, PLATFORMS, STAGES, SCAFFOLDS, ETC.) ☐ 17. AGENCIES: (ANY OBJECT OR SUBSTANCE NOT OTHERWISE CLASSIFIED.) </td> </tr> </table> WHAT PART OF AGENCY CHECKED (X) ABOVE WAS MOST CLOSELY INVOLVED-			☐ 1. MACHINES: (AGITATORS, GRINDERS, SEWING MACHINES, VICES, SAWS, LATHES, WELDING MACHINES, ETC.) ☐ 2. PRIME MOVERS & PUMPS: (STEAM, INTERNAL COMBUSTION OR AIR; COMPRESSORS, FANS, BLOWERS, ETC.) ☐ 3. ELEVATORS: (PASSENGER OR FREIGHT.) ☐ 4. HOISTING APPARATUS: (CRANES, HOISTS (AIR OR ELECTRIC), SHOVELS, DREDGES, JACKS, ETC.) ☐ 5. LADDERS & SCAFFOLDS: ☐ 6. MATERIAL HANDLING EQUIPMENT:	☐ 7. VEHICLES: (ALL TYPES: LAND, SEA, AIR.) ☐ 8. ANIMALS: (INCLUDING INSECTS AND REPTILES.) ☐ 9. MECHANICAL POWER TRANSMISSION APPARATUS: (BELTS, GEARS, COUPLINGS, ETC.) ☐ 10. ELECTRICAL APPARATUS: (MOTORS, TRANSFORMERS, LAMPS, APPLIANCES, ETC.) ☒ 11. HAND TOOLS: <u>Machete</u> (HAND, MECHANICAL OR ELECTRICAL MOTIVE POWER; HAMMERS, WEDGES, WELDING TOOLS, SANDBLASTERS, ETC.)	☐ 12. CHEMICALS: (EXPLOSIVES, GASES, VAPORS, ACIDS, CAUSTICS, POISONOUS VEGETATIONS, ETC.) ☐ 13. HIGHLY INFLAMMABLE & HOT SUBSTANCES: (FIRE, ALCOHOL, STEAM, PAINTS, ETC.) ☐ 14. DUSTS: (EXPLOSIVE, ORGANIC OR INORGANIC; LEATHER, EMERY, COAL ETC.) ☐ 15. CABLES & LINES: ☐ 16. WORKING SURFACES: (FLOORS, DECKS, ROOFS, ROADS, STAIRS, PLATFORMS, STAGES, SCAFFOLDS, ETC.) ☐ 17. AGENCIES: (ANY OBJECT OR SUBSTANCE NOT OTHERWISE CLASSIFIED.)											
☐ 1. MACHINES: (AGITATORS, GRINDERS, SEWING MACHINES, VICES, SAWS, LATHES, WELDING MACHINES, ETC.) ☐ 2. PRIME MOVERS & PUMPS: (STEAM, INTERNAL COMBUSTION OR AIR; COMPRESSORS, FANS, BLOWERS, ETC.) ☐ 3. ELEVATORS: (PASSENGER OR FREIGHT.) ☐ 4. HOISTING APPARATUS: (CRANES, HOISTS (AIR OR ELECTRIC), SHOVELS, DREDGES, JACKS, ETC.) ☐ 5. LADDERS & SCAFFOLDS: ☐ 6. MATERIAL HANDLING EQUIPMENT:	☐ 7. VEHICLES: (ALL TYPES: LAND, SEA, AIR.) ☐ 8. ANIMALS: (INCLUDING INSECTS AND REPTILES.) ☐ 9. MECHANICAL POWER TRANSMISSION APPARATUS: (BELTS, GEARS, COUPLINGS, ETC.) ☐ 10. ELECTRICAL APPARATUS: (MOTORS, TRANSFORMERS, LAMPS, APPLIANCES, ETC.) ☒ 11. HAND TOOLS: <u>Machete</u> (HAND, MECHANICAL OR ELECTRICAL MOTIVE POWER; HAMMERS, WEDGES, WELDING TOOLS, SANDBLASTERS, ETC.)	☐ 12. CHEMICALS: (EXPLOSIVES, GASES, VAPORS, ACIDS, CAUSTICS, POISONOUS VEGETATIONS, ETC.) ☐ 13. HIGHLY INFLAMMABLE & HOT SUBSTANCES: (FIRE, ALCOHOL, STEAM, PAINTS, ETC.) ☐ 14. DUSTS: (EXPLOSIVE, ORGANIC OR INORGANIC; LEATHER, EMERY, COAL ETC.) ☐ 15. CABLES & LINES: ☐ 16. WORKING SURFACES: (FLOORS, DECKS, ROOFS, ROADS, STAIRS, PLATFORMS, STAGES, SCAFFOLDS, ETC.) ☐ 17. AGENCIES: (ANY OBJECT OR SUBSTANCE NOT OTHERWISE CLASSIFIED.)																
Section VIII	Unsafe Mechan- ical Condition	Check (x) and specify the PRINCIPAL unsafe condition which led to or was responsible for the accident, other contributory conditions (one or more) may be indicated by circles in boxes, thus ☐ One check MUST be entered in this section. <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 18. IMPROPER GUARDING: (UNGUARDED, INADEQUATELY GUARDED, ETC.) ☐ 19. DEFECTIVE SUBSTANCES OR EQUIPMENT: (BROKEN, ROUGH, SLIPPERY, POORLY-DESIGNED ETC.) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 20. HAZARDOUS ARRANGEMENT: (UNSAFE PILING, POOR LAYOUT, ETC.) ☐ 21. IMPROPER ILLUMINATION: (INSUFFICIENT LIGHT, GLARE, ETC.) ☐ 22. IMPROPER VENTILATION: (DUSTY, GASSY, IMPURE AIR SOURCE, ETC.) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 23. UNSAFE CLOTHING: (LACK OF, UNBUILT OR DEFECTIVE SHOES, GOGGLES, GLOVES, RESPIRATORS, ETC.) ☒ 24. NO UNSAFE CONDITION: ☐ 25. UNSAFE CONDITION NOT OTHERWISE CLASSIFIED: (EXPLAIN) </td> </tr> </table>			☐ 18. IMPROPER GUARDING: (UNGUARDED, INADEQUATELY GUARDED, ETC.) ☐ 19. DEFECTIVE SUBSTANCES OR EQUIPMENT: (BROKEN, ROUGH, SLIPPERY, POORLY-DESIGNED ETC.)	☐ 20. HAZARDOUS ARRANGEMENT: (UNSAFE PILING, POOR LAYOUT, ETC.) ☐ 21. IMPROPER ILLUMINATION: (INSUFFICIENT LIGHT, GLARE, ETC.) ☐ 22. IMPROPER VENTILATION: (DUSTY, GASSY, IMPURE AIR SOURCE, ETC.)	☐ 23. UNSAFE CLOTHING: (LACK OF, UNBUILT OR DEFECTIVE SHOES, GOGGLES, GLOVES, RESPIRATORS, ETC.) ☒ 24. NO UNSAFE CONDITION: ☐ 25. UNSAFE CONDITION NOT OTHERWISE CLASSIFIED: (EXPLAIN)											
☐ 18. IMPROPER GUARDING: (UNGUARDED, INADEQUATELY GUARDED, ETC.) ☐ 19. DEFECTIVE SUBSTANCES OR EQUIPMENT: (BROKEN, ROUGH, SLIPPERY, POORLY-DESIGNED ETC.)	☐ 20. HAZARDOUS ARRANGEMENT: (UNSAFE PILING, POOR LAYOUT, ETC.) ☐ 21. IMPROPER ILLUMINATION: (INSUFFICIENT LIGHT, GLARE, ETC.) ☐ 22. IMPROPER VENTILATION: (DUSTY, GASSY, IMPURE AIR SOURCE, ETC.)	☐ 23. UNSAFE CLOTHING: (LACK OF, UNBUILT OR DEFECTIVE SHOES, GOGGLES, GLOVES, RESPIRATORS, ETC.) ☒ 24. NO UNSAFE CONDITION: ☐ 25. UNSAFE CONDITION NOT OTHERWISE CLASSIFIED: (EXPLAIN)																
Section IX	Type of Accident	Check (x) type of accident. One check MUST be entered in this section. <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☒ 26. STRIKING AGAINST. (CONTACT WITH ROUGH OR SHARP OBJECTS, RESULTING IN CUTS, ETC., DUE TO STRIKING AGAINST, KNEELING ON, OR SLIPPING ON OBJECTS.) ☐ 27. STRUCK BY (FALLING, FLYING, SLIDING, OR MOVING OBJECTS.) ☐ 28. CAUGHT IN, ON, OR BETWEEN. ☐ 29. FALL ON SAME LEVEL. </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 30. FALL TO DIFFERENT LEVEL. ☐ 31. SLIP (NOT FALL) OR OVEREXERTION. (RESULTING IN STRAIN, HEMIPLEGIA, ETC.) ☐ 32. EXPOSURE TO TEMPERATURE EXTREMES. (RESULTING IN BURNING, SCALDING, HEAT EXHAUSTION, SUNSTROKE, FREEZING, ETC.) ☐ 33. INHALATION, ABSORPTION, SWALLOWING. (ASPHYXIATION, POISONING, DROWNING, ETC.) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 34. CONTACT WITH ELECTRIC CURRENT. ☐ 35. ELECTRIC WELDING FLASH. ☐ 36. FOREIGN BODIES IN EYE. (RESULTING FROM DUST, CHIPS, AIRBORNE PARTICLES, ETC.) ☐ 37. TYPE OF ACCIDENT NOT OTHERWISE CLASSIFIED. (EXPLAIN) </td> </tr> </table>			☒ 26. STRIKING AGAINST. (CONTACT WITH ROUGH OR SHARP OBJECTS, RESULTING IN CUTS, ETC., DUE TO STRIKING AGAINST, KNEELING ON, OR SLIPPING ON OBJECTS.) ☐ 27. STRUCK BY (FALLING, FLYING, SLIDING, OR MOVING OBJECTS.) ☐ 28. CAUGHT IN, ON, OR BETWEEN. ☐ 29. FALL ON SAME LEVEL.	☐ 30. FALL TO DIFFERENT LEVEL. ☐ 31. SLIP (NOT FALL) OR OVEREXERTION. (RESULTING IN STRAIN, HEMIPLEGIA, ETC.) ☐ 32. EXPOSURE TO TEMPERATURE EXTREMES. (RESULTING IN BURNING, SCALDING, HEAT EXHAUSTION, SUNSTROKE, FREEZING, ETC.) ☐ 33. INHALATION, ABSORPTION, SWALLOWING. (ASPHYXIATION, POISONING, DROWNING, ETC.)	☐ 34. CONTACT WITH ELECTRIC CURRENT. ☐ 35. ELECTRIC WELDING FLASH. ☐ 36. FOREIGN BODIES IN EYE. (RESULTING FROM DUST, CHIPS, AIRBORNE PARTICLES, ETC.) ☐ 37. TYPE OF ACCIDENT NOT OTHERWISE CLASSIFIED. (EXPLAIN)											
☒ 26. STRIKING AGAINST. (CONTACT WITH ROUGH OR SHARP OBJECTS, RESULTING IN CUTS, ETC., DUE TO STRIKING AGAINST, KNEELING ON, OR SLIPPING ON OBJECTS.) ☐ 27. STRUCK BY (FALLING, FLYING, SLIDING, OR MOVING OBJECTS.) ☐ 28. CAUGHT IN, ON, OR BETWEEN. ☐ 29. FALL ON SAME LEVEL.	☐ 30. FALL TO DIFFERENT LEVEL. ☐ 31. SLIP (NOT FALL) OR OVEREXERTION. (RESULTING IN STRAIN, HEMIPLEGIA, ETC.) ☐ 32. EXPOSURE TO TEMPERATURE EXTREMES. (RESULTING IN BURNING, SCALDING, HEAT EXHAUSTION, SUNSTROKE, FREEZING, ETC.) ☐ 33. INHALATION, ABSORPTION, SWALLOWING. (ASPHYXIATION, POISONING, DROWNING, ETC.)	☐ 34. CONTACT WITH ELECTRIC CURRENT. ☐ 35. ELECTRIC WELDING FLASH. ☐ 36. FOREIGN BODIES IN EYE. (RESULTING FROM DUST, CHIPS, AIRBORNE PARTICLES, ETC.) ☐ 37. TYPE OF ACCIDENT NOT OTHERWISE CLASSIFIED. (EXPLAIN)																
Section X	Unsafe Act	Check (x) and explain PRINCIPAL unsafe act. One check (x) MUST be entered in this section. Additional unsafe acts may be indicated by circles, thus ☐ <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 38. OPERATING WITHOUT AUTHORITY. (FAILURE TO SECURE OR WARN.) ☐ 39. OPERATING OR WORKING AT UNSAFE SPEED. (TOO SLOW, TOO FAST, THROWING MATERIALS, ETC.) ☐ 40. MAKING SAFETY DEVICES INOPERATIVE. (REMOVING, MISADJUSTING, DISCONNECTING, ETC.) ☐ 41. USING UNSAFE EQUIPMENT, HANDS INSTEAD OF EQUIPMENT, OR EQUIPMENT UNSAFELY. </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 42. UNSAFE LOADING, PLACING, MIXING, ETC. ☐ 43. UNSAFE POSITION, POSTURE OR ACT, ETC. (UNDER SUSPENDED LOADS, LIFTING WITH BENT BACK, ETC.) ☐ 44. WORKING ON MOVING OR DANGEROUS EQUIPMENT. (CLEANING, ADJUSTING, OILING, ETC.) ☐ 45. DISTRACTING, TEASING, ABUSING, STARTLING, ETC. (QUARRELING, FIGHTING, HORSEPLAY, ETC.) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 46. FAILURE TO USE SAFE CLOTHING OR PERSONAL PROTECTIVE DEVICES. (HATS, GOGGLES, ETC.) ☐ 47. NO UNSAFE ACT. ☒ 48. UNSAFE ACT NOT OTHERWISE CLASSIFIED (EXPLAIN): <u>Failed to wipe off perspiration on sweaty hands.</u> </td> </tr> </table>			☐ 38. OPERATING WITHOUT AUTHORITY. (FAILURE TO SECURE OR WARN.) ☐ 39. OPERATING OR WORKING AT UNSAFE SPEED. (TOO SLOW, TOO FAST, THROWING MATERIALS, ETC.) ☐ 40. MAKING SAFETY DEVICES INOPERATIVE. (REMOVING, MISADJUSTING, DISCONNECTING, ETC.) ☐ 41. USING UNSAFE EQUIPMENT, HANDS INSTEAD OF EQUIPMENT, OR EQUIPMENT UNSAFELY.	☐ 42. UNSAFE LOADING, PLACING, MIXING, ETC. ☐ 43. UNSAFE POSITION, POSTURE OR ACT, ETC. (UNDER SUSPENDED LOADS, LIFTING WITH BENT BACK, ETC.) ☐ 44. WORKING ON MOVING OR DANGEROUS EQUIPMENT. (CLEANING, ADJUSTING, OILING, ETC.) ☐ 45. DISTRACTING, TEASING, ABUSING, STARTLING, ETC. (QUARRELING, FIGHTING, HORSEPLAY, ETC.)	☐ 46. FAILURE TO USE SAFE CLOTHING OR PERSONAL PROTECTIVE DEVICES. (HATS, GOGGLES, ETC.) ☐ 47. NO UNSAFE ACT. ☒ 48. UNSAFE ACT NOT OTHERWISE CLASSIFIED (EXPLAIN): <u>Failed to wipe off perspiration on sweaty hands.</u>											
☐ 38. OPERATING WITHOUT AUTHORITY. (FAILURE TO SECURE OR WARN.) ☐ 39. OPERATING OR WORKING AT UNSAFE SPEED. (TOO SLOW, TOO FAST, THROWING MATERIALS, ETC.) ☐ 40. MAKING SAFETY DEVICES INOPERATIVE. (REMOVING, MISADJUSTING, DISCONNECTING, ETC.) ☐ 41. USING UNSAFE EQUIPMENT, HANDS INSTEAD OF EQUIPMENT, OR EQUIPMENT UNSAFELY.	☐ 42. UNSAFE LOADING, PLACING, MIXING, ETC. ☐ 43. UNSAFE POSITION, POSTURE OR ACT, ETC. (UNDER SUSPENDED LOADS, LIFTING WITH BENT BACK, ETC.) ☐ 44. WORKING ON MOVING OR DANGEROUS EQUIPMENT. (CLEANING, ADJUSTING, OILING, ETC.) ☐ 45. DISTRACTING, TEASING, ABUSING, STARTLING, ETC. (QUARRELING, FIGHTING, HORSEPLAY, ETC.)	☐ 46. FAILURE TO USE SAFE CLOTHING OR PERSONAL PROTECTIVE DEVICES. (HATS, GOGGLES, ETC.) ☐ 47. NO UNSAFE ACT. ☒ 48. UNSAFE ACT NOT OTHERWISE CLASSIFIED (EXPLAIN): <u>Failed to wipe off perspiration on sweaty hands.</u>																
Section XI	Unsafe Personal Factor	Check (x) and explain the unsafe personal factor chiefly responsible for the accident. One check (x) MUST be entered in this section. Indicate other factors by circles in boxes, thus ☐ <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 49. IMPROPER ATTITUDE. (DISREGARD OF INSTRUCTIONS, FAILURE TO UNDERSTAND INSTRUCTIONS, NERVOUS, EXCITABLE, ETC.) ☐ 50. LACK OF KNOWLEDGE OR SKILL. (UNAWARE OF SAFE PRACTICE, UNSKILLED, ETC.) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 51. BODILY DEFECTS. (DEFECTIVE EYESIGHT, HEARING; FATIGUE, INTOXICATED, EXISTING HEMIPLEGIA, WEAK HEART, ETC.) ☒ 52. NO UNSAFE PERSONAL FACTOR: </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 53. UNSAFE PERSONAL FACTOR NOT ELSEWHERE CLASSIFIED. (EXPLAIN.) ☐ 54. WILLFUL MISCONDUCT. (EXPLAIN) </td> </tr> </table>			☐ 49. IMPROPER ATTITUDE. (DISREGARD OF INSTRUCTIONS, FAILURE TO UNDERSTAND INSTRUCTIONS, NERVOUS, EXCITABLE, ETC.) ☐ 50. LACK OF KNOWLEDGE OR SKILL. (UNAWARE OF SAFE PRACTICE, UNSKILLED, ETC.)	☐ 51. BODILY DEFECTS. (DEFECTIVE EYESIGHT, HEARING; FATIGUE, INTOXICATED, EXISTING HEMIPLEGIA, WEAK HEART, ETC.) ☒ 52. NO UNSAFE PERSONAL FACTOR:	☐ 53. UNSAFE PERSONAL FACTOR NOT ELSEWHERE CLASSIFIED. (EXPLAIN.) ☐ 54. WILLFUL MISCONDUCT. (EXPLAIN)											
☐ 49. IMPROPER ATTITUDE. (DISREGARD OF INSTRUCTIONS, FAILURE TO UNDERSTAND INSTRUCTIONS, NERVOUS, EXCITABLE, ETC.) ☐ 50. LACK OF KNOWLEDGE OR SKILL. (UNAWARE OF SAFE PRACTICE, UNSKILLED, ETC.)	☐ 51. BODILY DEFECTS. (DEFECTIVE EYESIGHT, HEARING; FATIGUE, INTOXICATED, EXISTING HEMIPLEGIA, WEAK HEART, ETC.) ☒ 52. NO UNSAFE PERSONAL FACTOR:	☐ 53. UNSAFE PERSONAL FACTOR NOT ELSEWHERE CLASSIFIED. (EXPLAIN.) ☐ 54. WILLFUL MISCONDUCT. (EXPLAIN)																
Section XII	Type of Injury	Check (x) type of injury. One check (x) MUST be entered in this section. <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☒ 55. WOUNDS. (CONCUSSION, ABRASION, INCISION, LACERATION.) ☐ 56. SPRAINS ☐ 57. STRAINS. (MUSCULAR.) ☐ 58. HERNIA ☐ 59. FRACTURES </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 60. AMPUTATIONS (LOSS OF BONY SUBSTANCES.) ☐ 61. AVULSION (LOSS OF NON-BONY SUBSTANCE BY SHEARING OR TEARING AWAY) ☐ 62. BURNS AND SCALDS ☐ 63. FOREIGN BODY IMBEDDED ☐ 64. FOREIGN BODY, LOOSE (DUST, ETC.) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ 55. FLASHES. ☐ 66. FUMES AND GASES. ☐ 67. POISONS. ☐ 68. SKIN DISEASE (OCCUPATIONAL.) ☐ 69. TYPE OF INJURY NOT OTHERWISE CLASSIFIED: (DROWNING, ELECTROCUTION, HEAT EXHAUSTION, ETC.) </td> </tr> </table>			☒ 55. WOUNDS. (CONCUSSION, ABRASION, INCISION, LACERATION.) ☐ 56. SPRAINS ☐ 57. STRAINS. (MUSCULAR.) ☐ 58. HERNIA ☐ 59. FRACTURES	☐ 60. AMPUTATIONS (LOSS OF BONY SUBSTANCES.) ☐ 61. AVULSION (LOSS OF NON-BONY SUBSTANCE BY SHEARING OR TEARING AWAY) ☐ 62. BURNS AND SCALDS ☐ 63. FOREIGN BODY IMBEDDED ☐ 64. FOREIGN BODY, LOOSE (DUST, ETC.)	☐ 55. FLASHES. ☐ 66. FUMES AND GASES. ☐ 67. POISONS. ☐ 68. SKIN DISEASE (OCCUPATIONAL.) ☐ 69. TYPE OF INJURY NOT OTHERWISE CLASSIFIED: (DROWNING, ELECTROCUTION, HEAT EXHAUSTION, ETC.)											
☒ 55. WOUNDS. (CONCUSSION, ABRASION, INCISION, LACERATION.) ☐ 56. SPRAINS ☐ 57. STRAINS. (MUSCULAR.) ☐ 58. HERNIA ☐ 59. FRACTURES	☐ 60. AMPUTATIONS (LOSS OF BONY SUBSTANCES.) ☐ 61. AVULSION (LOSS OF NON-BONY SUBSTANCE BY SHEARING OR TEARING AWAY) ☐ 62. BURNS AND SCALDS ☐ 63. FOREIGN BODY IMBEDDED ☐ 64. FOREIGN BODY, LOOSE (DUST, ETC.)	☐ 55. FLASHES. ☐ 66. FUMES AND GASES. ☐ 67. POISONS. ☐ 68. SKIN DISEASE (OCCUPATIONAL.) ☐ 69. TYPE OF INJURY NOT OTHERWISE CLASSIFIED: (DROWNING, ELECTROCUTION, HEAT EXHAUSTION, ETC.)																
Section XIII	Part of Body	Check (x) part of body. Part of body chiefly identified with injury MUST be checked (x). <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> ☐ 70. HEAD FACE </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> ☐ 72. EYES </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> ☐ 74. ARMS </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> ☐ 76. FINGERS </td> </tr> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> ☐ 71. BACK </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> ☐ 73. TRUNK </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> ☐ 75. HANDS </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> ☒ 77. LEGS </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> ☐ 78. FEET </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> ☐ 79. TOES </td> </tr> </table> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ 80. SYSTEMIC (STOMACH, INTESTINES, LUNGS, HEART, NERVES, ETC.) ☐ 81. PART OF BODY NOT ELSEWHERE CLASSIFIED: (EXPLAIN): </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			☐ 70. HEAD FACE	☐ 72. EYES	☐ 74. ARMS	☐ 76. FINGERS	☐ 71. BACK	☐ 73. TRUNK	☐ 75. HANDS	☒ 77. LEGS			☐ 78. FEET	☐ 79. TOES	☐ 80. SYSTEMIC (STOMACH, INTESTINES, LUNGS, HEART, NERVES, ETC.) ☐ 81. PART OF BODY NOT ELSEWHERE CLASSIFIED: (EXPLAIN):	
☐ 70. HEAD FACE	☐ 72. EYES	☐ 74. ARMS	☐ 76. FINGERS															
☐ 71. BACK	☐ 73. TRUNK	☐ 75. HANDS	☒ 77. LEGS															
		☐ 78. FEET	☐ 79. TOES															
☐ 80. SYSTEMIC (STOMACH, INTESTINES, LUNGS, HEART, NERVES, ETC.) ☐ 81. PART OF BODY NOT ELSEWHERE CLASSIFIED: (EXPLAIN):																		

PANAMA CANAL COMMISSION

SUPERVISOR'S REPORT OF PERSONAL INJURY AND/OR PROPERTY DAMAGE

Section I Reporting Unit	1a. TO: Claims Branch, through Head of Division or Independent Unit Chief Sanitation & Grounds Mgmt. Division		2. ACCIDENT OCCURRED IN			
	1b. FROM: (Reporting Unit and Location) Northern Sanitation, Mt. Hope		Government Operation X	Contractor Operation		
Section II When, Where, How, and Why Accident Occurred and Corrective Action	3. Date of Accident 4/30/87	4. Time 1:05 pm	5. Exact Location of Accident East Diversion			
	6. DESCRIPTION BY INJURED PERSON: IF PROPERTY DAMAGE ONLY, BY PERSONS MOST CLOSELY ASSOCIATED WITH ACCIDENT (Tell the complete story of what happened; no signature required.) While I was cutting canegrass, on the down swing machete glanced off unexpectedly, and sharp edge struck right leg below knee causing laceration.					
	7. DESCRIPTION BY RESPONSIBLE SUPERVISOR—CIVILIAN OR MILITARY (What led up to accident; how did accident actually happen? Explain if anything was wrong with equipment, material, or layout, and what was done wrong. Be specific.) The day was sunny, and employee was perspiring and working with sweaty hands causing him to loose firm grip on machete.					
	8. WHAT ACTUALLY HAS BEEN DONE TO CORRECT CONDITIONS CAUSING THE ACCIDENT? Mr. Doe was instructed to wipe off perspiration to gain a firmer grip on machete.					
	9. WHAT REMAINS TO BE DONE TO CORRECT SUCH CONDITIONS AND WHY? Corrective action stated in #8 above.					
Section III Consequences and Related Data	10a. INJURY TO (Check one)		10b. PROBABLE DISABILITY (Check one)		10c. ESTIMATED DAMAGE TO PROPERTY OR EQUIPMENT (Fill in one or more)	
	REPORTING AGENCY					
	(1) Military Personnel	(2) Civilian Personnel X	(3) Contractor Personnel	(1) Death	(4) Temporary Total X	(1) Reporting Agency \$
	OTHER		(2) Permanent Total	(5) Temporary Partial	(2) Contractor* \$	(3) Other Federal Agency \$
	(4) Other Federal Agency Personnel	(5) Non-Federal Person	(3) Permanent Partial	(6) First Aid	(4) Non-Federal \$	* Contractor of Reporting Agency
	11. DESCRIPTION OF PROPERTY OR EQUIPMENT DAMAGED					
	12. OWNERSHIP OF PROPERTY OR EQUIPMENT DAMAGED (Name and home address)					
	13. NAME AND HOME ADDRESS OF INJURED John Doe Colon #R-2-7			14. SEX M	16. I. P. OR SERIAL No. 2345678	
				15. AGE 34		
	17. REGULAR OCCUPATION OF INJURED Pest Controller			18. OFFICIAL ASSIGNMENT AT TIME OF ACCIDENT Cutting canegrass with machete		
			20. Date Injured Stopped Work 4/30/87	21. Date Injured Returned To Work 5/5/87		
Section IV Witnesses	22. NAMES AND ADDRESSES OF WITNESSES					
Section V Supervisor	23. DATE	TITLE (Civilian or Military)		SIGNATURE OF SUPERVISOR		
Section VI Review and Comment	24. COMMENTS ON ADEQUACY OF CORRECTIVE ACTION TAKEN, OR PLANNED, INCLUDING PROGRESS ON PENDING ACTIONS This accident will be discussed at the next shop safety talk on May 15, 1987.					
	25. DATE 5/5/87	TITLE (Civilian or Military) Northern Supv. Sanitation		SIGNATURE OF REVIEWING OFFICIAL Roberto Roberston		

Original—To Claims Branch

(Over)

Copy—To Safety Division (through bureau director)

**OFFICE OF PERSONNEL
ADMINISTRATION**



**Facts about Benefits and Compensation
for
Panama Canal Commission Employees
covered by the
Panama Social Security System**

EMPLOYEE'S HANDBOOK

**OFFICE OF PERSONNEL
ADMINISTRATION**

**Facts about Benefits and Compensation
for
Panama Canal Commission Employees
covered by the
Panama Social Security System**

EMPLOYEE'S HANDBOOK

FOREWORD

This booklet is intended to provide information useful to Panama Canal Commission employees who are beneficiaries of the Panama Social Security System (CSS), as well as to assist supervisors of such beneficiaries in the discharge of their official duties.

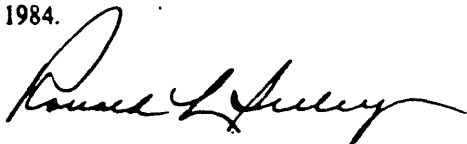
The booklet is divided into four sections: Section I (pink pages) deals with health and maternity benefits; Section II (yellow pages) concerns workers' compensation coverage for on-the-job injuries and occupational illnesses; Section III (green pages) contains information regarding retirement and financial assistance to dependents; and Section IV (blue pages) provides information as to survivors' benefits and funeral assistance. Particular attention should be given to the enrollment requirements contained in the introductory pages (white) of this handbook.

The contents of the booklet which pertain to the requirements and benefits of the Panama Social Security System have been reviewed for accuracy and completeness by officials of that System. Additional information regarding eligibility, application for benefits and calculation of subsidies may be obtained from CSS pamphlets 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 and 9, on hand in your division's administrative office.

For answers to questions not covered, please call the CSS Customer Relations Office at (2)62-0155 or (2)62-5814; this office is located on Central Avenue, in the former Casa Müller Building, in Calidonia. On the Atlantic side, inquiries may also be directed to the Economic Benefits Agency, 6th Street and Bolivar Ave., Colon, (2)47-8283/8223/8262/0271.

Questions or problems regarding Commission procedures with respect to Panama Social Security should be brought to the attention of the Contact Representative for CSS Matters, Personnel Operations Division, (2)52-7272.

The material contained herein updates and supersedes the pamphlet published on this subject in March 1984.



RONALD L. SEELEY
Personnel Director

July 1987

FACTS ABOUT BENEFITS AND COMPENSATION FOR COMMISSION EMPLOYEES COVERED BY THE PANAMA SOCIAL SECURITY SYSTEM

TABLE OF CONTENTS

	Page
INTRODUCTION. ENROLLMENT REQUIREMENTS	1
 SECTION I. HEALTH AND MATERNITY BENEFITS PROGRAM	
(Pink pages)	
1. Coverage	5
2. Health Benefits	5
3. Maternity Benefits	7
4. Forms Used in Conjunction with Obtaining Treatment and Compensation	8
5. Questions Frequently Asked about the Health and Maternity Benefits Program ...	8
 SECTION II. PERFORMANCE-OF-DUTY INJURIES/ILLNESSES	
(Yellow pages)	
1. Treatment of First Aid Cases	11
2. Treatment of Non-Emergency Cases which Require More than First Aid	12
3. Treatment of Emergency Cases	12
4. Return of Injured Employees to Duty	12
5. Compensation.....	13
6. Forms Used in Conjunction with Obtaining Medical Treatment, Reporting Accidents and Claiming Injury Compensation	13
7. Social Security Medical Treatment Facilities	16
8. Questions Frequently Asked by Supervisors and Social Security Beneficiaries	17
 SECTION III. RETIREMENT (Green pages)	
1. Regular Retirement	19
2. Early Retirement.....	19
3. Disability Retirement.....	20
4. Financial Assistance to Dependents	21
 SECTION IV. DEATH BENEFITS (Blue pages)	
1. Funeral Assistance	23
2. Survivors' Benefits	23
 APPENDICES (Center white pages)	
A. Summary of Reporting Forms for Injuries and Illnesses	
B-H. Samples of Reporting Forms	

INTRODUCTION

ENROLLMENT REQUIREMENTS

To be eligible for the benefits described herein, Panama Canal Commission employees and their dependent family members must be registered with the CSS and must be issued an identification card (carnet). It is important that new dependents be registered as soon as possible.

Employee enrollment in the program is accomplished as a part of the induction process by the Personnel Operations Division. At that time, if the prospective employee does not already have a carnet, he is given a CSS insured application card, to be taken to CSS for assignment of a social security number and receipt of a carnet. Upon employment, the PCC induction office issues identification letters which serve as interim Social Security vouchers (fichas) until such time as the new employee receives his first ficha from the CSS. If the period covered by the identification letter expires prior to receipt of the first ficha, a letter of extension should be requested of the Personnel Records-Administrative Branch (PROR).

Dependent family members may include: dependent wife or, if not married, common-law wife; dependent legal spouse or common-law husband of an enrolled female employee (if he is disabled or over 60 years of age and physically incapable of self-support); children under 18 years of age, or under 25 years if pursuing higher studies; disabled children; dependent mother; and/or a dependent disabled or aged (over 60 years old) father.

Registration of dependent family members is accomplished with, and identification cards are issued by, the Affiliation Department (Departamento de Afiliación) located in Bolivar Building on the Transisthmian Highway and 11 de Octubre Avenue in Panama, and in Colon at 6th Street and Bolivar Avenue. The following documents must be presented in order to register:

Dependent wife:

- a. Social Security identification card (carnet) of the employee.
- b. Cédula of the employee.
- c. Social Security voucher (ficha).
- d. Marriage certificate issued by the Civil Registry.
- e. Cédula of the wife which should reflect her married name.

Common-law wife:

- a. Civil status certification ("Certificado de Soltería") issued by the Civil Registry.
- b. Proof of having lived together as husband and wife, as attested under oath by at least three witnesses before a Circuit or Municipal Civil Court, or before the "corregidor", of the place where the parties have resided.
- c. Carnet of the employee.
- d. Cédula of the employee.
- e. Cédula of the common-law wife.

The relationship must have existed for at least:

- (1) nine consecutive months for health benefits, and
- (2) five consecutive years for survivor's benefits.

Dependent legal spouse or common law husband of an enrolled female employee:

Can be registered only if he is disabled, or over 60 years of age and physically incapable of self support. Once this circumstance is established, he can receive benefits upon presentation of the same documentation listed above for a legal wife or common-law wife.

Children under 18 years of age, or under 25 years if pursuing higher studies:

- a. Carnet of the employee.
- b. Cédula of the employee.
- c. The most recent ficha.
- d. Birth certificate issued by the Civil Registry.
- e. For children between 18 and 25 years who are studying, it is necessary to submit:
 - (1) School certification issued by the principal of the school or secretary of the university.
 - (2) Cédula of the child, if of legal age.

When the child is under one year old, the carnet will be issued without a photograph. The father or the mother should, thereafter, take the child to the Photographic Department for issuance of the new card with the child's photograph.

Disabled children:

- a. Verification of the child's disability as evidenced by a medical and social evaluation performed by the Social Security.
- b. Birth certificate of the disabled child issued by the Civil Registry.
- c. Cédula of the disabled child, if of legal age.

Dependent mother:

- a. Cédula of the dependent mother.

- b. Cédula of the employee.
- c. Carnet of the employee.
- d. The most recent ficha.

Dependent disabled or aged (over 60 years old) father of the employee:

Documentary evidence of the age of the dependent father of the employee and proof of inability to provide his own support, in addition to the documents listed above for a mother.

IT IS IMPORTANT THAT ALL ELIGIBLE DEPENDENTS BE PROPERLY REGISTERED WITH THE PANAMA SOCIAL SECURITY. It is also advisable to keep all Social Security fichas even though the period for which they were issued may have expired. This may assist the employee and/or dependent family members to verify the number of contributions (quotas) and wages declared into the system, for purposes of collecting any monetary compensation for which the family may be eligible.

Additionally, employees are urged to keep the "Personal Information Sheets" in their Official Personnel Folders up to date with regard to family members, as a means of verifying dependency in case of disability or death.

The dependent status of a mother or father should also be shown throughout the period of dependency on the employee's income tax declaration of dependents (Formulario 82, "Declaración Jurada de Dependientes").

SECTION I

HEALTH AND MATERNITY BENEFITS PROGRAM

Provisions and Procedures

1. COVERAGE

The Health and Maternity Benefits Program of Panama's Social Security System provides medical treatment, injury and illness compensation and maternity benefits to enrollees. Beneficiaries of the program generally include all non-U.S. citizens hired by the Commission on or after October 1, 1979, as well as those employed prior to implementation of the treaty who elected to enroll in the Health and Maternity Benefits Program at the end of the 30-month transition period (i.e., effective April 1, 1982), and their dependent family members.

2. HEALTH BENEFITS

The health benefits portion of the program includes medical treatment and compensation for injuries and illnesses that are not job related. Covered are medical and dental treatment, laboratory and pharmaceutical services, hospitalization, rehabilitation and social work services.

a. Medical Treatment.

Eligibility for medical treatment begins immediately upon enrollment in the program. Treatment under the program is available at any facility operated by or affiliated with the Social Security System. To receive treatment, the individual must show two documents: (1) a cédula or a social security identification card (carnet), and (2) a social security voucher (ficha) that indicates current enrollment in the program.

b. Compensation.

Eligibility for compensation benefits for a temporary disability depends on a number of factors:

(1) Beneficiaries must have made contributions to the Social Security Fund for at least 6 of the last 9 months prior to the disability.

(2) Beneficiaries employed by the Commission must have been absent from work, due to a non-job-related injury or illness, for more than 15 work days during the calendar year. The 15 days do not have to be consecutive.

SECTION I

HEALTH AND MATERNITY BENEFITS PROGRAM

Provisions and Procedures

1. COVERAGE

The Health and Maternity Benefits Program of Panama's Social Security System provides medical treatment, injury and illness compensation and maternity benefits to enrollees. Beneficiaries of the program generally include all non-U.S. citizens hired by the Commission on or after October 1, 1979, as well as those employed prior to implementation of the treaty who elected to enroll in the Health and Maternity Benefits Program at the end of the 30-month transition period (i.e., effective April 1, 1982), and their dependent family members.

2. HEALTH BENEFITS

The health benefits portion of the program includes medical treatment and compensation for injuries and illnesses that are not job related. Covered are medical and dental treatment, laboratory and pharmaceutical services, hospitalization, rehabilitation and social work services.

a. Medical Treatment.

Eligibility for medical treatment begins immediately upon enrollment in the program. Treatment under the program is available at any facility operated by or affiliated with the Social Security System. To receive treatment, the individual must show two documents: (1) a cédula or a social security identification card (carnet), and (2) a social security voucher (ficha) that indicates current enrollment in the program.

b. Compensation.

Eligibility for compensation benefits for a temporary disability depends on a number of factors:

(1) Beneficiaries must have made contributions to the Social Security Fund for at least 6 of the last 9 months prior to the disability.

(2) Beneficiaries employed by the Commission must have been absent from work, due to a non-job-related injury or illness, for more than 15 work days during the calendar year. The 15 days do not have to be consecutive.

the incapacity continues beyond one year, the patient may be awarded a disability pension.

c. Termination of Benefits.

When the employee terminates his employment or otherwise ceases making the monthly CSS contributions, the enrolled person and registered dependent family members will be eligible to receive health benefits for a period of 3 months beginning with the date of the final contribution indicated on the last ficha. Contributions may be continued, however, through another employer or on a voluntary basis.

Any employee with a minimum of 180 contributions (normally 15 years) will be eligible to receive health benefits for a period of 12 months after he terminates his employment or ceases making the monthly CSS quotas. To verify the number of quotas paid and claim this extended benefit, the insured should report to the Individual Accounts Department (Departamento de Cuentas Individuales), located in Bolivar Building on the Transisthmian Highway.

3. MATERNITY BENEFITS

a. Obstetrical Care.

The maternity benefits portion of the Health and Maternity Benefits Program provides obstetrical care during pregnancy, childbirth, and the postpartum period to female employees and to spouses or duly registered common-law wives of insured male employees.

b. Maternity Rest Subsidy.

The program also provides a cash benefit to female employees. The maternity rest subsidy benefit is paid for the 6-week period before and the 8-week period after delivery. During this period, the beneficiary is paid an amount equal to the average weekly salary upon which she has paid contributions to the CSS during the previous 9 months of employment. (The normal monthly contribution during this period will be deducted, however.) To qualify for the maternity cash benefit, the female employee must have made contributions to the CSS for at least 9 months during the 12 months prior to her 7th month of pregnancy.

To claim maternity cash benefits, the female employee must go to the appropriate CSS administrative office and present her cédula or social security identification card (carnet), a current social security voucher (ficha), a PCC Form 7040 (Notice of Exclusion from the Payroll), and a physician's statement indicating the estimated date of delivery. In addition, the employee must have previously submitted a PCC Form 267 (Request for Leave) to her supervisor, requesting leave without pay for the 14-week period during which she will receive a cash benefit from the CSS. Maternity cash benefits will

generally be paid in two increments: one covering the 6-week period prior to delivery and the other covering the 8-week period after delivery.

4. FORMS USED IN CONJUNCTION WITH OBTAINING BENEFITS

The forms commonly used in claiming health and maternity benefits, as described in this section, are listed below. Samples of those forms which must be prepared by the employing unit and/or the employee are found in the appendices at the center of this booklet, shown as correctly completed.

- a. **Certificate of Incapacity (Certificado de Incapacidad).**
- b. **PCC Form 267, Request for Leave.**
- c. **PCC Form 7040, Notice of Exclusion from the Payroll.**

5. QUESTIONS FREQUENTLY ASKED ABOUT THE HEALTH AND MATERNITY BENEFITS PROGRAM

Q: Who is responsible for keeping record of the first 15 work days in a calendar year, and subsequent 3-day periods, so as to appropriately credit to leave with pay or leave without pay?

A: The employing unit is responsible for maintaining a system of properly crediting approved leave for common illness as either leave with pay (first 15 work days in the calendar year and subsequent 3-day periods) or leave without pay (thereafter). Correct timekeeping will both protect employees' rights and avoid dual compensation.

Q: Who prepares PCC Form 7040 (Notice of Exclusion from the Payroll—Aviso de Exclusion de la Planilla) and who signs the form?

A: PCC Form 7040 is prepared by the injured or ill employee's work unit and is signed by an official in that unit. Normally the authorized signatory is the unit head or administrative officer, but it can be whoever unit management chooses to designate, provided the signatory has been identified on a signature specimen card which has been countersigned by the Chief, Personnel Records-Administrative Branch (PROR) and registered with Panama's Social Security System.

Q: How much does the employer contribute to the Health and Maternity Benefits Program? How much does the employee contribute? How much does each party contribute for full Social Security coverage (including retirement benefits)?

A: Employees enrolled only in the Health and Maternity Benefits Program contribute 1% of gross salary, and the Commission pays an amount equal to that which the agency would have contributed to the Federal Employees Health Benefits Plan (FEHBA) had the employee been covered by that plan. Individuals employed by the Commission after October 1, 1979, enjoy full Social Security coverage; the employee contribution is 7¼% of gross pay and the Commission's contribution is 10¾% of the enrollee's gross pay.

Q: Is any documentation other than the "ficha" acceptable to show that an individual is currently enrolled in the Health and Maternity Benefits Program?

A: The "ficha" is normally the only document which will be accepted as proof of current enrollment. If, however, the initial or any subsequent "ficha" has not been received, medical services may be obtained at Social Security facilities by presenting a copy of a form letter available from the Chief, Personnel Records-Administrative Branch (PROR) in the Pacific area or from the Atlantic Personnel Office (PROA) for Atlantic side employees.

SECTION II

PERFORMANCE-OF-DUTY INJURIES/ILLNESSES

Medical Treatment and Administrative Handling

1. TREATMENT OF FIRST AID CASES

Most minor performance-of-duty (POD) injuries will normally be seen first by an occupational health nurse on duty in one of the Commission's occupational health centers. Occupational health nurse assistance will be provided without regard to the citizenship or the health care system eligibility of the employee. The occupational health nurse will determine, based on the nature of the injury or illness, how the case will be handled.

Commission Occupational Health Centers are at the following locations:

Building 721, Balboa	252-7108/3824
Building 10, Balboa Industrial Area	252-7983
Building 11, Miraflores Locks	252-8305
Building 6, Pedro Miguel Locks	252-8205
Building 23, Gamboa.....	256-6661
Building 5106, Mount Hope Industrial Division Area	246-7465
Building 122, Gatun Locks	243-5237

For minor injuries, the nurse will provide first aid and return the employee to duty. The nurse will document on her daily log any first aid treatment provided to Social Security (CSS) beneficiaries. If the case requires additional care, the nurse will request that the employee be taken to the nearest CSS facility for further treatment. If the injury does not require additional care until a later date, documentation from the PCC nurse of earlier first aid should accompany the required report to CSS. Item 7 of this section lists local CSS facilities and their hours of operation.

The Commission's occupational health centers normally operate during the same daytime duty hours as the units they serve. For first aid cases occurring outside of normal daytime duty hours, Social Security beneficiaries may be taken either to the nearest CSS facility, or to the nearest Commission fire station for treatment by an Emergency Medical Technician (EMT).

2. TREATMENT OF NON-EMERGENCY CASES WHICH REQUIRE MORE THAN FIRST AID

If treatment beyond that available at the Commission's occupational health center is needed, CSS beneficiaries must be taken to treatment facilities operated by that system. Because of the extent of services available, it is recommended that CSS beneficiaries be taken to either the Metropolitan Hospital in Panama City or Amador Guerrero Hospital in Colon. Both facilities operate 24 hours daily with physicians and nurses on duty at all times and offer the full range of auxiliary services. During daytime hours, the Metropolitan Hospital has a clinic especially dedicated to the treatment of job-related injuries ("Clínica de Riesgos Profesionales"); at all other times, job-related injuries will be seen and treated in the hospital's emergency room ("Urgencia"). Atlantic side injury/illness cases are taken to the emergency room at Amador Guerrero Hospital.

If an on-the-job injury requires care at a medical treatment facility, it is recommended that a supervisor or other responsible individual accompany the injured employee to provide assistance, to indicate with authority to the attending physician whether limited duty is available in the unit, and to ascertain the duty status assigned.

3. TREATMENT OF EMERGENCY CASES

Although CSS beneficiaries must normally receive treatment beyond first aid at a facility operated by the CSS, it has been agreed that emergency treatment necessary to prevent loss of life, limb or eyesight, will be provided at the nearest medical facility capable of furnishing the care, regardless of the individual's eligibility at that facility. In such an emergency, the patient will be taken to the nearest hospital via Commission Fire Division, MEDDAC or CSS ambulance or by unit vehicle. An occupational health nurse will frequently be called to the scene of job-site accidents to perform life-saving or other emergency treatment until an ambulance arrives.

In instances where a CSS beneficiary is taken to and receives emergency treatment at a non-CSS facility, the patient will be transferred to the appropriate CSS hospital for continued treatment after medical authorities determine that the move can be safely accomplished. At the time of transfer, a copy of the attending physician's progress notes will be forwarded to CSS in order to insure continuity of treatment.

4. RETURN OF INJURED EMPLOYEES TO DUTY

Employees temporarily incapacitated by a performance-of-duty injury and hospitalized or confined to quarters by a Social Security physician should immediately notify their supervisor of the period of time they will be incapacitated and, upon return to duty, present to their supervisor a certificate of incapacity ("Certificado de Incapacidad") signed by the attending

physician. Employees should not be permitted to return to duty before the date specified thereon by the attending physician.

The CSS normally pays injury compensation from the time of the accident. Therefore, if the doctor declares the beneficiary incapacitated for the day, the Commission will time him as in an LWOP status from the nearest tenth of an hour from the time of the injury. LWOP status will continue through the entire period of incapacitation as declared by the physician.

5. COMPENSATION

Under the Workers' Compensation Program, in addition to medical benefits, prostheses and orthopedic services, CSS beneficiaries may receive annuities for temporary disability, partial-permanent disability, and full permanent disability. Compensation for temporary disability is based on the beneficiary's salary for the previous two months. For the first two months of disability, the beneficiary receives 100% of his salary. If the disability extends beyond two months, he receives 60% of his salary for up to a year, or longer if the Social Security's Compensation Review Committee decides to extend the time period. Annuities for permanent disabilities are based on the nature and extent of the disability.

Death benefits and funeral assistance are also available under this program. Additionally, the Social Work Department provides counseling and assistance to injured insureds and their families in such matters as financial hardship; health, family, emotional, employment and housing problems; income dependency; and application for retirement under the Workers' Compensation Program.

6. FORMS USED IN CONJUNCTION WITH OBTAINING MEDICAL TREATMENT, REPORTING ACCIDENTS, AND CLAIMING INJURY COMPENSATION

The following forms are commonly required in connection with on-the-job injuries and illnesses. Examples of these forms, properly completed, are shown in the appendix at the center of this booklet.

a. Social Security Form 02-1123-27, Orden de Atención Médica (Request for Medical Attention).

This form must be completed by the injured employee's supervisor in order to receive medical treatment.

Except in emergencies, the form must accompany the patient. The form shows the employee's name and Social Security account number; the name of the employing agency (Nombre de la Empresa: Panama Canal Commission, X Division); the employing agency's number (Número

Patronal: in the case of the Commission, this number is 81-833-0001, regardless of bureau or unit); and the signature of the immediate supervisor or other responsible official. If limited duty ("trabajo liviano") is without a doubt available in the unit, it should be so noted in the bottom margin of the form in order to assist the attending physician in determining the individual's duty status.

b. Social Security Form 02-1105-27, Informe Patronal de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Employer's Report of Performance-of-Duty Accident or Illness).

This form documents the circumstances surrounding an accident or illness. The form must be completed in Spanish whenever a CSS beneficiary is injured on the job and requires care which is beyond the first aid provided at the Commission's occupational health centers.

Pacific Side units must submit this form to the Workers' Compensation Office/CSS Liaison (PRDC) as soon as possible for signature and delivery to the CSS Processing Section within 48 hours of the accident. This form must be accompanied by a copy each of the current "ficha", "carnet" and "cedula", of the injured or ill employee, a PCC Form 7040-A, and a copy of PCC Form 267. Atlantic Side units should present this form together with the copies of the "ficha", "carnet" and "cedula" and the PCC 7040-A directly to the Atlantic area CSS administrative office* within 48 hours of the accident/injury, and must send a copy of the "Informe Patronal" to PRDC.

Injuries or accidents which occur while traveling directly to and from work are considered by the Social Security System as related to performance of duty and such cases must also be documented on "Informe Patronal" forms. In such cases, it is the employee's responsibility to prepare, sign, and deliver the form to the CSS administrative office. Unit supervisors, however, are encouraged to assist employees in completing the form if such assistance is requested.

Except for accidents occurring to or from work, the "Informe Patronal" form must be signed by an authorized official, i.e., an individual for whom a signature specimen card ("Registro de Firmas") has been filed with the appropriate CSS administrative office.

When the form is submitted and found to be complete, CSS will return one copy to the employer and another to the employee. The employee's copy will show the date that the injury compensation check may be picked up at the CSS administrative office. (The employee should take with him his copy

* CSS administrative offices are located at Calle 6 and Avenida Bolívar in Colon and in the Policlínica Presidente Remón Building on Calle 17 Oeste and Calle H in Panama City. Both offices are open from 8 a.m. to 3:45 p.m., Monday through Friday, except Panamanian holidays.

of PCC Form 267 as proof of leave-without-pay status on the Commission's rolls. See subparagraph d., following.) If an individual other than the beneficiary is to pick up the check, a power of attorney form, available from Social Security, must be completed beforehand and presented at the time of pickup.

Compensation checks are normally picked up at the CSS administrative office which serves the area where the employee works. For those employees, however, who work on one side of the Isthmus but reside on the other side the check will be delivered to the CSS office in the area of residence if a short note in Spanish so requesting is attached to the "Informe Patronal" form at the time of submission.

In those instances where the "Informe Patronal" is returned with the annotation "Investigación", the employee should take the form and report as soon as possible to the "Sección de Trámite" of the CSS administrative office. Processing the claim for compensation will not commence until the investigation has been completed.

Supervisors should insure that the "Informe Patronal" form is fully and accurately completed in Spanish prior to forwarding. Incomplete or illegibly prepared forms or those not prepared totally in Spanish will be returned by the Social Security office without action, and processing the employee's claim for injury compensation purposes will be delayed until the form has been resubmitted and accepted.

As a convenience for non-Spanish-speaking supervisors, the "Informe Patronal" form has been translated into English and is available from Logistical Support Division. The information, however, must be submitted to CSS in Spanish on the Spanish "Informe Patronal" form for processing.

c. Social Security Form 02-1130-27, Registro de Firmas (Signature Specimen Card).

This form is used to designate and document those individuals who have been authorized to sign the "Informe Patronal" form. Authorized individuals include Safety Division personnel as well as division or branch chiefs or unit administrative officers on the Atlantic Side who have been designated by their bureau, division or unit management as authorized to sign the forms as "Representante Legal." In order to facilitate processing and control, the number of authorized signatures should be kept to an absolute minimum, i.e.; not more than five per bureau.

For Atlantic area units, an up-to-date signature specimen card must be on file in the Social Security administrative office in Colon. For Pacific area

units, including those in Gamboa, the cards must be on file in the Social Security office in Panama City.

"Informe Patronal" forms bearing the signature of an individual other than those annotated on the signature specimen card on file with the Social Security System will be returned by Social Security without action. The exception is "Informe Patronal" forms prepared in conjunction with accidents occurring enroute to/from work; these are signed by the beneficiary, and no signature specimen card is required to be on file.

d. Panama Canal Commission Form 267, Request for Leave (Solicitud para Licencia).

In accordance with a pre-treaty agreement for the purpose of precluding dual compensation, beneficiaries of the Social Security System employed by the Commission will be carried in a leave-without-pay (LWOP) status for periods of incapacity related to performance-of-duty injury or illness. Compensation for the period of incapacity will be paid by the CSS. PCC Form 267 placing the employee in LWOP status for the period of incapacity should be prepared and approved by the appropriate supervisory personnel. This form is for Commission internal use only. On the Pacific side, a copy of this form is to be sent to PRSF along with the Form 7040-A.

e. Panama Canal Commission Form 7040-A, Notice of Exclusion from the Payroll-POD.

This form is prepared by the POD-injured or ill employee's unit officials to substantiate to CSS the days that the employee is in an LWOP status. This form is sent either directly to CSS, signed (Atlantic side), or to PRSF, unsigned (Pacific side), along with the "Informe Patronal."

f. Panama Canal Commission Form 5029, Supervisor's Report of Personal Injury and/or Property Damage.

Supervisors are required to submit the original of this form to the Safety Division for any injury or illness for which the individual received medical attention. It is not submitted in cases for which attention at only a Commission first aid station was necessary.

7. SOCIAL SECURITY MEDICAL TREATMENT FACILITIES

Social Security beneficiaries may obtain treatment at any facility operated by that system. The following are CSS facilities located in the Panama City and Colon areas:

a. Metropolitan Hospital, located on the Trans-Isthmian Highway in Panama City adjacent to the campus of the University of Panama.

Performance-of-duty injuries during normal duty hours are treated in the Occupational Health Clinic ("Clínica de Riesgos Profesionales") situated on the ground floor of the hospital. After 5:30 p.m., treatment is provided in the Emergency Room ("Urgencia"), also located on the ground floor of the main hospital building.

b. **Clinic/dispensary in Balboa**, located on the ground floor at the rear of the old Port Captain's Building (vicinity of Pier 18). A nurse and a physician are on duty from 7 a.m. to 6 p.m. Monday through Friday (except Panamanian holidays).

c. **Clinic/dispensary in Cristobal Pier area**. A nurse is on duty from 7 a.m. to 1 p.m. and a physician from 7 a.m. to 4 p.m., Monday through Friday (except Panamanian holidays).

d. **Amador Guerrero Hospital** located on Calle 10, Nuevo Cristóbal in Colon. All cases are seen in the Emergency Room ("Urgencia").

8. QUESTIONS FREQUENTLY ASKED BY SUPERVISORS AND SOCIAL SECURITY BENEFICIARIES

Q: How long must a Social Security beneficiary be enrolled in the system in order to qualify for medical treatment and injury compensation for performance-of-duty related accidents or illnesses?

A: Eligibility for medical treatment and injury compensation benefits begins immediately upon enrollment in the system.

Q: If a temporary employee is injured in the performance of duty and the period of incapacity extends beyond the termination date of the appointment, will the individual continue to receive medical treatment and injury compensation?

A: Yes. Medical treatment and injury compensation for a temporary disability continues until the individual has fully recovered from the episode or has been declared permanently disabled.

Q: How long does it take to process an "Informe Patronal" form for payment?

A: Processing and check preparation generally require 9-12 work days from the time the form has been received and accepted by the appropriate Social Security administrative office.

Q: Where can supervisors obtain a supply of the various Social Security forms used in conjunction with performance-of-duty injuries?

A: These forms are available from the Logistical Support Division. Stock numbers are listed in the Storehouse Stock Catalog.

Q: How much does the Commission contribute to the Panama Social Security Fund's *Workers' Compensation Program*?

A: The Commission's contribution is 1.7% of the beneficiary's gross salary. There is no employee contribution.

SECTION III

RETIREMENT

1. REGULAR RETIREMENT

To be eligible for a regular retirement pension, a woman must be at least 55 years old and a man must be at least 60. A minimum of 180 contributions must have been accredited.

The pension will be equivalent to 60% of the base monthly salary, plus:

- 1.25% of the base monthly salary for every 12 full months accredited, for those having between 120 and 240 monthly quotas prior to reaching retirement age; plus
- 1.5% of the base monthly salary for every 12 full months accredited in excess of the first 240 months of payments, prior to reaching eligible retirement age.

When the insured continues working after meeting the age and contribution requirements, he receives 2% of the base salary for every 12 full months thereafter. The minimum allowable pension is \$145 per month, and the maximum is \$1,500 per month.

To apply for an annuity, the following documents must be submitted to the Pensions and Subsidies Department: Social Security identification card (carnet), personal identity card (cédula), a certification-of-termination form (Certificación de Cese de Labores), and a completed application.

2. EARLY RETIREMENT

The early retirement pension is available to insureds who have credited to their accounts at least 180 monthly contributions and have reached age 50 (women) or 55 (men).

To determine the amount of the early retirement pension, first figure the regular retirement pension, as described above. Then, multiply that pension by the reduction factor which corresponds to the insured's age, as follows:

<i>Age</i>		<i>Reduction</i>
<i>Men</i>	<i>Women</i>	<i>Factor</i>
55	50	0.8231
56	51	0.8524
57	52	0.8844
58	53	0.9194
59	54	0.9578

The minimum pension is \$145 multiplied by the applicable reduction factor; the maximum pension is \$1,500 multiplied by the corresponding reduction factor.

To apply for an early retirement annuity, the following documents must be presented to the Pension and Subsidies Department: carnet, cédula, a certificate-of-termination form (Certificación de Cese de Labores) and a completed application form.

3. DISABILITY RETIREMENT

This pension is payable to an employee who, because of illness or physical or mental impairment, is unable to secure—by means of a job proportionate to his strength, capability and training—the remuneration equivalent to at least one-third of that which he normally received prior to becoming disabled, or the remuneration normally received in the same region by a healthy worker of the same sex and of similar capability and training. To be eligible, he must be declared disabled (at least a 66.6% disability) by the CSS Benefits Committee; he must have made a minimum of 36 monthly contributions; and, during the 3 years prior to application, he must have made at least 18 payments. This benefit is not applicable to occupational illnesses or injuries, which are covered by the Workers' Compensation Program (see Section II of this pamphlet).

The amount of the pension will be 60% of the base monthly salary, plus:

- 1.25% of the base for every 12 full months between 120 and 240 payments; plus
- 1.5% of the base for every 12 full months in excess of the first 240 months of payments.

The minimum disability pension is \$145; the maximum is \$1,500.

To apply for a disability retirement annuity, the following documents must be presented to the Pensions and Subsidies Department (17th Street in Panama City): carnet, cédula, and a completed application form. A medical examination will be required, and will be arranged for by the CSS; a member of the CSS Social Work Department will notify the applicant of the date of the medical examination.

4. FINANCIAL ASSISTANCE TO DEPENDENTS

The enrolled employee who is receiving disability compensation or retirement based on age (early or regular) is entitled to receive additional financial assistance for registered dependent family members, as follows:

(1) \$20 per month for the wife (or, if none, the registered common-law wife), or the disabled husband (or registered common-law husband).

(2) \$10 per month for each minor child under 14 years old or under 18 years if enrolled in an approved course of study; to a disabled child for as long as the documented disability exists and if the child is economically dependent upon the annuitant.

The maximum monthly financial assistance available to disabled or retired annuitants for their dependents is \$100 per month.

SECTION IV

DEATH BENEFITS

1. FUNERAL ASSISTANCE

Upon the death of an enrolled employee or annuitant, financial funeral assistance of up to \$250 may be awarded to relatives. To be eligible for this assistance, the deceased employee must have made at least 6 contributions to the system within the immediate 12 months preceding death.

A claim may be presented up to 6 months from the date of death.

2. SURVIVORS' BENEFITS

The survivors' pension is payable to bonafide dependents of a deceased retiree or insured who has died of natural causes which are not occupational. To be eligible, the deceased insured must have made the required number of payments (a minimum of 36 payments, of which 18 should have been paid during the 3 years preceding death; or, if eligible for old-age pension, at least 180 payments).

Entitlement eligibility and corresponding annuity percentages are as follows:

Widow	50%
Disabled widower (if financially dependent on deceased) ...	50%
Children (up to 14 years of age, or up to 18 if enrolled in a public or state-accredited school)	20% each
Mother (in the absence of eligible widow and children)	30%
Father, disabled or over 60, (in the absence of eligible widow, children and mother)	30%
Brothers/sisters under 14 (in the absence of eligible widow, children, mother and father)	20% each

The annuity is calculated based on the disability compensation or retirement annuity received by the enrolled employee at the time of death, excluding other financial assistance, or on the amount to which he would have been entitled by way of such annuity.