



CAJA DE SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y SUBSIDIOS

**SOLICITUD DEL PAGO EXCEPCIONAL
DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD**

NÚMERO DE SOLICITUD

Fecha de Solicitud

DÍA	MES	AÑO

Señores Caja de Seguro Social:

Conforme a la Ley N° 201 de 25 de febrero de 2021, solicito formalmente el pago excepcional del Subsidio por Maternidad.

NOMBRE LEGAL DE LA ASEGURADA (DEBE LLENARSE IGUAL COMO APARECE EN LA CÉDULA O PASAPORTE)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido
Segundo Apellido	Apellido de Casada	Número de Cédula / Pasaporte
Seguro Social	Teléfono: Fijo	Teléfono: Celular

Correo Electrónico: _____

Firma de la Asegurada

AGENCIA ADMINISTRATIVA

Cód. Ubicación		Cód. U. E.		Cód. Agencia de Pago	
----------------	--	------------	--	----------------------	--

Nombre y Firma de la persona que recibe y verifica	Fecha
	DÍA MES AÑO
	Fecha
Nombre y Firma del Responsable de la Sección	DÍA MES AÑO
	Fecha
Vo.Bo. Agente Administrativo	DÍA MES AÑO

SELLO

Para sello de la Unidad Ejecutora

DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y SUBSIDIOS

USO DE CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Nombre y Firma del Analista Responsable	Fecha
	DÍA MES AÑO
	Fecha
Nombre y Firma del Jefe de la Sección de Corto Plazo	DÍA MES AÑO
	Fecha
Nombre y Firma del Jefe del Depto. de Pensiones y Subsidios	DÍA MES AÑO