



CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS
FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE PAGO DE ENFERMEDAD
Y/O RIESGOS PROFESIONALES

PARA USO DEL EMPLEADOR

Sírvase devolver este formulario a la Caja del Seguro Social después de contestar las siguientes preguntas:

Colocar el Número de Certificado de Incapacidad al cual corresponden las preguntas:

Nombre del Asegurado(a):

N° de Cédula:

N°S.S.:

Nombre de la Empresa: _____ No. de
Empleador _____

En caso de accidente de trabajo, enfermedad profesional o continuaciones, llene solamente del numeral 5 al 10.

	Día	Mes	Año
1. Cuándo ingresó el empleado (a) a su empresa?			

2. Cuántos días por enfermedad ha tomado este empleado(a) durante los últimos dos (2) años anteriores a la fecha de esta incapacidad?

indique la cantidad de días en números y letras

3. Según el Artículo 200 del Código de Trabajo o el Artículo 797 del Código Administrativo, ¿Cuántos días aún le debe reconocer la empresa a este empleado(a) del Fondo por Enfermedad a que tiene derecho? Indique la cantidad de días en número y en letras _____ días.

4. Si el empleado está de vacaciones indique de qué fecha a qué fecha:

Del:	Día:	Mes:	Año:	Al:	Día	Mes	Año
------	------	------	------	-----	-----	-----	-----

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE ESTA DECLARACIÓN ES CORRECTA

5. El Empleador deberá colocar su nombre en letra imprenta	6. Firma autorizada del Empleador o Representante Legal	7. Cargo	8. Cédula
--	---	----------	-----------

9. Dirección y Teléfono:

10. Fecha:

Nota: Empleados de entidades del Gobierno Central adjuntar copia del resuelto y nota de Contraloría General de la República de la Licencia sin Sueldo concedida e indicar de qué fecha y hasta qué día estará excluido(a) de planilla. Adjuntar nota de la entidad Autónoma, Semi-Autónoma o Municipio

(Para uso exclusivo de la Caja de Seguro Social y la Contraloría General)

Pago a partir del: _____ de: _____ de: _____ al _____

de _____ de: _____ Inclusive

Verificado por: _____ Fecha: _____

Fiscalización: _____ Fecha: _____

Aprobado por la Comisión de Prestaciones Fecha: _____