



**CAJA DE SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**  
**SOLICITUD DE PERÍODO DE GRACIA EN EL DERECHO DE ATENCIÓN POR ENFERMEDAD**

**DATOS DEL ASEGURADO**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
Fecha de Nacimiento	Cédula	Pasaporte	Seguro Social	Celular
Teléfono Fijo o Residencial	Correo Electrónico			

**DETALLE EL ÚLTIMO LUGAR DONDE LABORÓ**

Empresa	Período

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PARA USO DE LA AGENCIA ADMINISTRATIVA**

Aproximado de cuotas

Recibido por: \_\_\_\_\_  
Nombre Cargo Firma Fecha de recibido

\_\_\_\_\_  
V°B° del Jefe de la Sección de Prestaciones Económicas

**PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE CUENTAS INDIVIDUALES**

Número de cuotas	<input type="text"/>	Con Derecho	<input type="checkbox"/>
Período Laborado	<input type="text"/>		
Último Empleador	<input type="text"/>	Sin Derecho	<input type="checkbox"/>
Fecha de Cesantía	<input type="text"/>		
Validez Hasta	<input type="text"/>		

Observación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Servidor Público de la Sección de Cómputo Fecha

\_\_\_\_\_  
V°B° del Jefe del Departamento de Cuentas Individuales