

LOGO DE LA EMPRESA
RUC
NUMERO DE TELEFONO

**CARTA DE SOLICITUD DE ATENCION MÉDICA
(EMPLEADORES ESTATALES, PARTICULARES O COMERCIALES)**

Panamá, _____ de _____ de 20 _____

Señores
Caja de Seguro Social
Ciudad

Estimados Señores:

Hacemos constar que el (la) señor (a) _____, con cédula de identidad N° _____ y Seguro Social N° _____, es trabajador de la empresa _____, con Número de Empleador _____.

El (la) señor (a) _____ y/o sus dependientes requieren asistencia médica y no cuentan con la ficha vigente, por lo que solicitamos certificación del Derecho para solicitar las prestaciones para el riesgo de enfermedad que establece el Artículo 136 numeral 1 y 137 de la Ley No. 51 de 27 de diciembre de 2005, Orgánica de la Caja de Seguro Social.

La cancelación de la factura correspondiente al mes de _____ de 20 _____ fue el día del Mes de _____ de 20 _____.

Agradeciendo la atención que brinden a la presente.

Atentamente,

Firma del Representante Legal: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

**Para Uso Interno de la Caja de Seguro Social
Carta Ficha**

Efectuadas las verificaciones de los datos contenidos en la solicitud que precede, hacemos constar que al referido asegurado, le asiste el derecho a la atención médica; tal cual, lo indican los artículos N°. 136 numeral 1 y 137 de la Ley No. 51 de 27 de diciembre de 2005, Orgánica de la Caja de Seguro Social

Nombre del Verificador: _____

Firma del Verificador: _____

Fecha: _____

Aprobado por: _____

Vigente hasta: _____ de _____ de 20 _____

Sello del Departamento / Agencia
Administrativa