



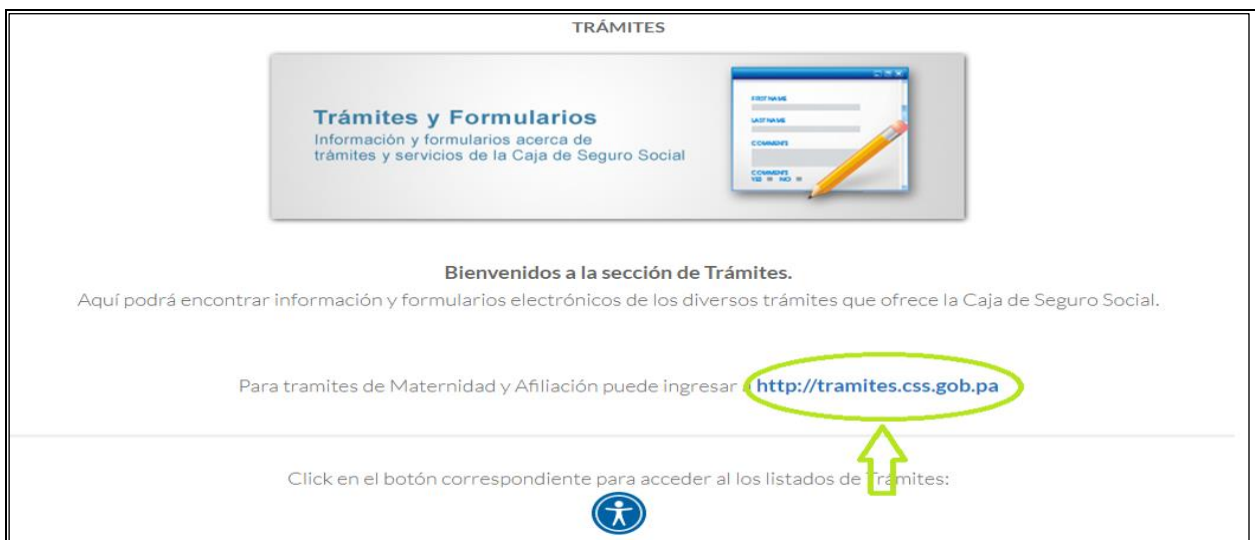
OBJETIVO

Brindar a la usuaria una guía general para ingresar al sitio web y completar todos los documentos que requiere para iniciar su trámite al solicitar el subsidio por maternidad.

1. Ingresa al sitio web <http://www.css.gob.pa> y da clic en “Trámites”.



2. También puede ingresar directamente por el sitio web <http://tramites.css.gob.pa>





3. Le aparecerá una pantalla con la imagen de una mujer embarazada y procederá a dar un clic en “**VER DOCUMENTOS A PRESENTAR**”.



Nota: Es importante que antes de registrarse en el sistema para iniciar su trámite revise este punto “**VER DOCUMENTOS A PRESENTAR**”.

- 3.1 Se desplegará la siguiente pantalla con las indicaciones, cuando debe iniciar su trámite de la solicitud del subsidio por maternidad y los documentos a presentar.



SUBSIDIO DE MATERNIDAD

Las aseguradas deberán presentar su solicitud de subsidio de maternidad un mes antes de la fecha del inicio del período de la Licencia por maternidad.

Esta prestación prescribe al año de ocurrido el parto.

El término de la prescripción empezará a contarse a partir del día que se produjo el parto.

DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA EL PROCESO DE HOMOLOGACIÓN

- Certificado de embarazo, emitido por un médico idóneo de la clínica privada o el MINSA, el cual debe contener: Código y sello legible del médico, dirección, teléfono, nombre de la clínica y estar prenumerado.
- Tarjeta de control prenatal o resumen del caso.
- Informe del ultrasonido obstétrico.
- Cédula de identidad personal o pasaporte y carné de seguro social en el caso de extranjeras.

Toda la información para el proceso de homologación de un Certificado de embarazo de la clínica privada o el MINSA lo encontrará en el siguiente link:

<https://w3.css.gob.pa/proceso-de-homologacion-virtual-de-certificados-de-embarazo/>

DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA EL TRÁMITE DEL PAGO DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD

- Certificado de embarazo emitido por la CSS.
- Cédula de identidad personal o pasaporte y carné de seguro social en el caso de extranjeras (vigente).
- Carta de exclusión emitida por el empleador donde certifica que a la asegurada no le reportarán salarios en planilla por el tiempo que dure el reposo por maternidad (empresa privada). 𐄂
- Resuelto del Ministerio o Institución (si labora en Entidad del Estado).
- Carta de desglose de salario de los 12 meses anteriores al séptimo mes de embarazo. 𐄂
- Carta de horario con dos o más empleadores (patronos). 𐄂
- Solicitud para el pago del Subsidio de Maternidad por el sistema ACH (Este formulario debe ser completado y presentado a la entidad bancaria). 𐄂

OTROS DOCUMENTOS OPCIONALES

- Carta de Corrección de datos (aplica si existen datos errados). 𐄂
- Carta de Último día trabajado y pagado (cuando sea requerido). 𐄂

- 3.2 Debe descargar los modelos ejemplos para facilitárselo a su unidad de recursos humanos o al encargado de elaborar dichas notas para que se guíe en su confección.



- 4. Documentos a presentar para el proceso de homologación. En el caso que el Certificado de Embarazo sea emitido por un médico idóneo de la Clínica privada o el MINSA. Toda la información sobre los requerimientos está en el siguiente link: <https://w3.css.gob.pa/proceso-de-homologacion-virtual-de-certificados-de-embarazo/>.
- 4.1 Si su Certificado de Embarazo fue emitido por un médico de la Institución en formato de la Caja de Seguro Social debe omitir este punto (Proceso de Homologación).
- 5. Los documentos a presentar para solicitar el subsidio son:
 - 5.1 Certificado de Embarazo emitido por la Caja de Seguro Social.
 - 5.1.1 Este es el formato que utiliza la Caja de Seguro Social para tramitar el subsidio por maternidad a las Aseguradas cubiertas por el riesgo de maternidad, con la finalidad de cumplir con lo que establece el artículo No. 146 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005.

CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION EJECUTIVA NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD

CERTIFICADO DE EMBARAZO / PARTO O CESAREA

Cod. XXXXX

SELLO DE LA UE

No. XXXXX

EMBARAZO
 PARTO O CESAREA

FECHA _____

UNIDAD EJECUTORA _____

DIRECCION _____ TELEFONO _____

SEGURO SOCIAL _____ CEDULA _____

SOLO PARA HOMOLOGACION

CLINICA / HOSPITAL _____ FECHA _____

DIRECCION _____ TEL. _____

PACIENTE DEL(A) DR.(A) _____ ESPECIALIDAD _____

RMS _____ CERTIFICADO N° _____

EL SUSCRITO MEDICO, CERTIFICA QUE LA ASEGURADA

TIENE COMO FECHA PROBABLE DE PARTO EL

DIA	MES	AÑO

 POR LO TANTO, PARA LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, DEBE SEPARARSE DE SU TRABAJO SEIS (6) SEMANAS ANTES DE LA FECHA PROBABLE DE PARTO ARRIBA INDICADA.

USO SOLO PARA PARTO O CESAREA

EL SUSCRITO MEDICO, CERTIFICA QUE LA ASEGURADA

TUVO SU PARTO / CESAREA EL DIA

DIA	MES	AÑO

 DURACION DEL EMBARAZO (EN MESES CALENDARIO CUMPLIDOS) _____

INSTALACION DONDE SE DIO EL PARTO O CESAREA _____

REGISTRO FIRMA DEL MEDICO SELLO DEL MEDICO

OBSERVACIONES _____

PARA USO DE DIRECCION MEDICA - AREA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD EJECUTORA (DONDE SE EXPIDE EL CERTIFICADO)

FECHA DE RETIRO LABORAL

DIA	MES	AÑO

 FECHA DE REINTEGRO LABORAL

DIA	MES	AÑO

Nombre del Funcionario(s) que lo completó _____ Firma _____ Fecha _____

SEÑORA ASEGURADA

1. PARA INICIAR EL TRÁMITE DEL SUBSIDIO POR MATERNIDAD, DEBERÁ PRESENTAR A LA AGENCIA DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- ORIGINAL Y COPIA DE SU CEDULA, CARTA DE EXCLUSIÓN DE PLANILLA SI LABORA EN EMPRESA PRIVADA
- RESUELTO MINISTERIAL O DE LA INSTITUCIÓN PARA LA CUAL LABORA SI ES SERVIDORA PÚBLICA DEL ESTADO.
- DE SOLO SE DE SALARIO
- CARTA DEL ÚLTIMO DÍA TRABAJADO Y PAGADO (SI APLICA)



- 5.2 Cédula de identidad personal o pasaporte en el caso de extranjeras. Debe asegurarse que su cédula no está vencida, en todo caso su trámite del subsidio no se podrá realizar hasta que cuente con su cédula vigente. Además del pasaporte vigente, la extranjera debe contar con su carné de Seguro Social.
- 5.3 Carta de Exclusión de Planilla (empresa privada) o Resuelto del Ministerio/Institución donde labora (entidad del Estado).
Carta de Exclusión de Planilla (empresa privada). Una vez descargue el ejemplo de carta de exclusión y haga clic en “habilitar edición”, colocará la fecha en el recuadro al lado donde dice “**tiene fecha probable de parto el día**”, que registra su Certificado de Embarazo y automáticamente le emitirá el periodo de su “licencia de gravidez”. Una vez tenga este período, puede imprimirlo o descargarlo para que su empresa le elabore en papel membretado su Carta de Exclusión de Planilla de acuerdo a ese ejemplo y con la fecha de su periodo de Licencia.

Nota: Este modelo solamente debe ser utilizado como referencia para que el empleador confeccione en hoja membretada. Es importante que omita la “observación” y la “nota” que aparece en el modelo.

En caso de no tener membrete, se debe aportar copia de cédula de quien firma las cartas.



MODELO DE CARTA DE EXCLUSIÓN DE PLANILLA



XXXXXXXX

MEMBRETE DE LA EMPRESA (número de teléfono, dirección física, dirección electrónica y nombre completo de la empresa).

Fecha

Señores
Departamento de Pensiones y Subsidios
Sección de Prestaciones de Corto Plazo
Caja de Seguro Social

Mediante la presente, comunicamos a ustedes que la señora (a)

_____ con No. de Seguro Social _____ y No. de Cédula o Pasaporte _____

tiene fecha probable de parto el día:

DÍA - MES - AÑO



de acuerdo a certificación de embarazo emitida por el médico.

Que, basados en lo anterior, se acogerá a licencia de gravidez a partir del

DÍA - MES - AÑO

al

DÍA - MES - AÑO

razón por el cual no le reportaremos salarios en planilla durante ese periodo.

Firma Responsable por parte de la Empresa

Nombre

Cargo

Número del Empleador

OBSERVACIÓN: "LA PRESENTE INFORMACIÓN DEBE VENIR EN PAPEL MEMBRETADO ORIGINAL DE LA EMPRESA. DE NO TENER PAPEL MEMBRETE SE DEBE ADJUNTAR COPIA DE CÉDULA DE LA PERSONA QUE FIRMA".

NOTA: AL COLOCAR LA FECHA PROBABLE DE PARTO, EL SISTEMA AUTOMATICAMENTE LE SEÑALARÁ EL PERIODO DE DESCANSO OBLIGATORIO DEFINIDO COMO LICENCIA DE GRAVIDEZ.




5.4 Carta de Desglose de Salario. Colocará el “Mes y año probable de parto” y el sistema les proporcionará los meses a desglosar. Una vez tenga los meses que debe desglosar puede imprimirlo o descargarlo para que la empresa los tome como ejemplo para elaborar la Carta de Desglose de Salario, como lo señala dicho modelo.

Nota: Este modelo sólo debe ser utilizado como referencia para que el empleador confeccione en hoja membretada. Es importante que omita la “observación” y la “nota” que aparece en el modelo.
Incluir sólo las columnas que apliquen al salario pagado a la asegurada.

Modelo de Carta de Desglose de Salario

MODELO DE CARTA DE DESGLOSE DE SALARIO



LOGO Y MEMBRETE DE LA EMPRESA (número de teléfono, dirección física, dirección electrónica y nombre completo de la empresa).

FECHA _____

Señores
Departamento de Pensiones y Subsidios
Sección de Prestaciones de Corto Plazo
Caja de Seguro Social

A continuación detallamos desglose salarial de la Asegurada _____
con número de cédula/pasaporte _____ y número de seguro social (si es extranjera) _____.

MES Y AÑO PROBABLE DE PARTO

septiembre-23

DESGLOSE DE LOS MESES

PLANILLA DE PAGO MENSUAL

Detalle de los 12 meses anteriores al 7mo. mes de embarazo	AÑO	SALARIO (1)	AUSENCIA/TARDANZA	HORAS EXTRAS	VACACIONES (2)	VACACIONES PROPORCIONALES (2)	PRIMA DE PRODUCCIÓN (2)	COMISIONES (2)	SALARIO EN ESPECIE	BONIFICACIÓN (2)	GRATIFICACIÓN (2)	OTROS (3)	TOTAL DE SALARIO BRUTO	OBSERVACIONES
junio-23	2023													
mayo-23	2023												-	
abril-23	2023												-	
marzo-23	2023												-	
febrero-23	2023												-	
enero-23	2023												-	
diciembre-22	2022												-	
noviembre-22	2022												-	
octubre-22	2022												-	
septiembre-22	2022												-	
agosto-22	2022												-	
julio-22	2022												-	

FIRMA DEL RESPONSABLE POR PARTE DE LA EMPRESA, NOMBRE, CARGO Y NÚMERO DE EMPLEADOR

OBSERVACIONES:

(1) De existir variación por más del 10% en el total de salario bruto mensual, explicar las razones. En el caso de aumento de salario, se debe indicar si corresponde a cambio de categoría o política de la empresa.

(2) En la columna de observaciones deberá indicar el período a que corresponden y a razón de cuanto por mes. En el caso de incluir varios periodos, especificar el monto de cada uno.

(3) Aclarar el concepto de cada pago o indicar si se trata de asignaciones especiales; adicional, establecer fecha de término en la columna de observaciones.

* En casos de cese de labores y contratación en el mismo mes, colocar fecha de término del contrato anterior y el nuevo contrato en la columna de observaciones.

* El Total de Salario Bruto, debe coincidir con la cifra reportada en la Planilla, de existir diferencias explicar en la columna de observaciones y aportar documentación que sustente la corrección de la misma ante la Caja de Seguro Social.

* **Importante:** Incluir sólo las columnas que apliquen al salario pagado a la asegurada.

Nota: Al momento que ingrese la información de mes y año al cuadro de "Mes y Año probable de parto" le aparecerá los meses a desglosar.


OBSERVACIÓN: "LA PRESENTE INFORMACIÓN DEBE VENIR EN PAPEL MEMBRETADO ORIGINAL DE LA EMPRESA. DE NO TENER PAPEL MEMBRETE SE DEBE ADJUNTAR COPIA DE CÉDULA DE LA PERSONA QUE FIRMA".

AL ELABORAR EL DESGLOSE DE SALARIO DEBE OMITIR EL CUADRO DE "MES Y AÑO PROBABLE DE PARTO" Y TAMBIEN ESTE CUADRO DE OBSERVACIONES. RECUERDE QUE ESTO ES SOLO UN MODELO.



- 5.5 Carta de Horario (opcional). De acuerdo a este modelo la empresa debe elaborar en hoja membretada, la Carta de Horario con la información solicitada. Este formato es de carácter obligatorio para las aseguradas que laboran en 2 o más empresas o instituciones.

Nota: Este modelo únicamente debe ser utilizado como referencia para que el empleador confeccione en su hoja membretada. Es importante que al elaborar esta nota omita la “observación” que aparece en el modelo y otros detalles que aparecen, ya que son una guía. En caso de no tener membrete, se debe aportar copia de cédula de quien firma las cartas.



MODELO DE CARTA DE HORARIO

MEMBRETE DE LA EMPRESA (número de teléfono, dirección física, dirección electrónica y nombre completo de la empresa).

Fecha

Señores:
Departamento de Pensiones y Subsidios
Sección de Prestaciones de Corto Plazo
Caja de Seguro Social

Mediante la presente, comunicamos a ustedes que la señora _____ con No. de Seguro Social (si tiene) _____ y No. de Cédula o Pasaporte _____, tiene un horario de trabajo de _____ a _____, (días) de _____ a _____.

Firma Responsable por parte de la Empresa
Nombre,
Cargo y
Número del Empleador

OBSERVACION: "LA PRESENTE INFORMACION DEBE VENIR EN PAPEL MEMBRETADO ORIGINAL DE LA EMPRESA. DE NO TENER PAPEL MEMBRETE SE DEBE ADJUNTAR COPIA DE CEDULA DE LA PERSONA QUE FIRMA".



- 5.6 Carta de Corrección (Opcional). En el caso que la Caja de Seguro Social se la solicite, y de acuerdo a este modelo, la empresa debe elaborar en hoja membretada la Carta de Corrección con la información correspondiente.

Nota: Este modelo solamente debe ser utilizado como referencia para que el empleador confeccione en hoja membretada. Es importante que omita la “observación” que aparece en el modelo. De no tener membrete, debe aportar copia de cédula de quien firma las cartas.

MODELO DE CARTA DE CORRECCIÓN

MEMBRETE DE LA EMPRESA (número de teléfono, dirección física, dirección electrónica y nombre completo de la empresa).

Fecha

Señores
Departamento de Pensiones y Subsidios
Sección de Prestaciones de Corto Plazo
Caja de Seguro Social

Mediante la presente, comunicamos a ustedes que la señora (a) _____ con No. de Seguro Social (si tiene) _____ y No. de Cédula o Pasaporte _____, ha realizado el trámite con datos incorrectos y solicitamos la corrección en sus registros.

INCORRECTO: _____
CORRECTO: _____

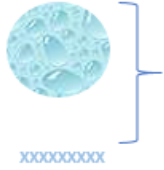
Firma Responsable por parte de la Empresa.
Nombre,
Cargo y
Número del Empleador.

OBSERVACIÓN: "LA PRESENTE INFORMACIÓN DEBE VENIR EN PAPEL MEMBRETADO ORIGINAL DE LA EMPRESA. DE NO TENER PAPEL MEMBRETE SE DEBE ADJUNTAR COPIA DE CÉDULA DE LA PERSONA QUE FIRMA".

- 5.7 Carta de último día trabajado y pagado (Opcional). En el caso que la Caja de Seguro Social se la solicite, de acuerdo a este modelo, la empresa debe elaborar la Carta de Último día trabajado y pagado.

Nota: Este modelo sólo debe ser utilizado como referencia para que el empleador confeccione en hoja membretada. Es importante que omita la “observación” que aparece en el modelo. De no tener membrete, debe aportar copia de cédula de quien firma las cartas.

MODELO DE CARTA DE ÚLTIMO DÍA PAGADO

 MEMBRETE DE LA EMPRESA (número de teléfono, dirección física, dirección electrónica y nombre completo de la empresa).

Fecha

Señores
Departamento de Pensiones y Subsidios
Sección de Prestaciones de Corto Plazo
Caja de Seguro Social

|

Mediante la presente, comunicamos a ustedes que la señora (a) _____ con No. de Seguro Social (si es extranjera) _____ y No. de Cédula o Pasaporte _____, y que su último día trabajado fue el _____ de _____ de _____, y que su último pagado fue el _____ de _____ de _____.

Observación: Los días pagados de más del ____ al ____ serán descontados al reintegrarse. ***(Esta información solo debe colocarse en los casos en los que se haya pagado salario a la asegurada, que la misma no haya trabajado).***

Firma Responsable por parte de la Empresa
Nombre,
Cargo y
Número del Empleador

OBSERVACION: "LA PRESENTE INFORMACION DEBE VENIR EN PAPEL MEMBRETADO ORIGINAL DE LA EMPRESA. DE NO TENER PAPEL MEMBRETE SE DEBE ADJUNTAR COPIA DE CEDULA DE LA PERSONA QUE FIRMA".



5.8 Solicitud para el pago del Subsidio de Maternidad por el Sistema de ACH.

5.8.1 Formulario. Si la asegurada tiene una cuenta de ahorro/corriente, puede optar por cobrar por el sistema de ACH, completando el formulario Solicitud para el Pago del Subsidio de Maternidad por el Sistema de ACH, para que lo presente ante su banco para certificación de la cuenta. Hay que tener presente que la cuenta de Ahorro o Corriente debe ser solamente a título único de la asegurada que recibe el pago.

PARTE I		SOLICITUD	
FECHA: _____ de _____ de 20 ____			
NOMBRE DE LA ASEGURADA: _____			
CÉDULA/PASAPORTE: _____ SEGURO SOCIAL: _____ TEL. _____			
A través de este documento solicito a la Caja de Seguro Social que mi pago en concepto de Subsidio por Maternidad sea acreditado en mi cuenta que se describe a continuación.			
_____ FIRMA DE LA ASEGURADA			
PARTE II		PARA USO DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO	
ENTIDAD DE CRÉDITO / (BANCO O COOPERATIVA)			
_____ NÚMERO DE CUENTA			
_____ TIPO DE CUENTA			
AHORRO <input type="checkbox"/>		CORRIENTE <input type="checkbox"/>	
LA CUENTA DE AHORRO O CORRIENTE DEBE SER SÓLO A TÍTULO ÚNICO DE LA ASEGURADA QUE RECIBE EL PAGO.			
NOMBRE DEL OFICIAL RESPONSABLE (BANCO)		SELLO	
_____ FIRMA DEL OFICIAL RESPONSABLE (BANCO)		_____ FECHA	_____ CÓDIGO DEL BANCO
PARTE III		PARA USO INTERNO DE LA C.S.S.	
AGENCIA ADMINISTRATIVA		SELLO DE LA UNIDAD EJECUTORA	
_____ NOMBRE DEL FUNCIONARIO DE LA CSS			
_____ FIRMA DEL FUNCIONARIO DE LA CSS		_____ FECHA	



**INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO
SOLICITUD PARA EL PAGO DEL SUBSIDIO DE MATERNIDAD POR EL SISTEMA DE ACH**

PARTE I	SOLICITUD
Fecha	Agrega la fecha en la que se expide la Solicitud
Nombre de la Asegurada	Coloca el Nombre completo de la Asegurada.
Cédula/Pasaporte	Agrega el número Cédula de la Asegurada o Pasaporte en el caso de extranjera.
Seguro Social	Coloca el número de Seguro Social, solamente en los casos de ser extranjera.
Teléfono	Coloca un número de teléfono.
Firma de la Asegurada	Firma de la Asegurada que solicita esta modalidad (igual que su cédula).

PARTE II	PARA USO DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO
Entidad de Crédito / (Banco o Cooperativa)	Coloca el nombre completo del Banco o Cooperativa a la que corresponde la cuenta de la Asegurada.
Número de Cuenta	Anota el número de cuenta donde se le hará el pago a la Asegurada.
Tipo de Cuenta (Ahorro o Corriente)	Identifica el número de cuenta a la que corresponde a la Asegurada.
Nombre del Oficial Responsable (Banco)	Coloca su nombre certificando la información de la cuenta de la Asegurada.
Firma del Oficial responsable	Firma como responsable de la información de la cuenta.
Fecha	Adiciona la fecha en que se ha completado esta sección del formulario.
Código del Banco	Estampa el sello del Banco y código del Banco.

PARTE III	PARA USO INTERNO DE LA CSS
Agencia Administrativa	Agrega el nombre de la Agencia Administrativa en el que se recibe el formulario.
Nombre del Funcionario de la CSS	Agrega nombre completo del funcionario que recibe el formulario.
Firma del Funcionario de la CSS	Firma certificando que todos los datos en el formulario están completos.
Fecha y Sello de la Unidad Ejecutora	Adiciona la fecha en que se ha recibido este formulario y coloque el sello de la Agencia Administrativa.

5.9 Una vez obtenga todos sus documentos aquí descritos, procederá a iniciar su trámite en el sitio WEB con su número de documento “Usuario” (cédula, etc.) y contraseña de su Ficha/Talonario Digital, si lo tiene o de lo contrario dar clic en “Quiero Registrarme”.



Iniciar Sesión

Trámites C.S.S.

Inicia sesión o regístrate para poder acceder a la creación y seguimiento de los trámites en la Caja de Seguro Social

Ingrese su número de documento (Usuario):

Ejemplo: 8-234-567

Ingrese su contraseña de Ficha/Talonario Digital:

.....

[Olvidé mi contraseña](#)

[Quiero Registrarme](#)

➔ Iniciar Sesión

⬅ REGRESAR

Trámites CSS © 2023

Nota: Una vez complete su solicitud y adjunte los documentos solicitados, un funcionario de la institución le revisará la documentación y le contactará a través del sistema para que proceda a la corrección de algunos de los documentos o si todo está correcto, le indicará cuando presentarse a la Agencia Administrativa que usted escogió para que entregue los documentos originales y proceda a firmar la Solicitud de Subsidio por Maternidad.