



**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 \_\_\_\_\_

	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: _____	