**MODELO DE CARTA DE ÚLTIMO DÍA PAGADO**

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

**XXXXXXXXX**

**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**

**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".**