



REPUBLICA DE PANAMA
INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL
OFICINA INSTITUCIONAL DE RECURSOS HUMANOS

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Nombre _____ Cédula _____ Seguro Social _____

Planilla N° _____ Posición _____ Año de inicio en: I.P.H.E. _____

Otros _____

Cargo _____ Escuela, Programa, Dirección o Departamento: _____

Solicito una Certificación para uso en:

CAJA DE SEGURO SOCIAL:

- Atención Médica ()

- Jubilación ()

DESGLOSE DE SALARIO ()

DESGLOSE DE SOBRESUELO ()

HORARIO ()

TIEMPO LABORADO ()

OTROS ()

De: _____ a.m. A: _____ p.m.

Especifique: _____

Firma del Solicitante

Fecha de Solicitud

Notas:

- 1- Para atención médica, esta certificación debe ser refrendada en la Sección Estatal, ubicada en el Edificio Administrativo de la C.S.S. entre piso al lado de la Policlinica de calle 17. Teléfono 503-3330
- 2- El trámite de esta certificación es de 5 días hábiles.