${fecha2}.

Departamento de Pensiones y Subsidios,

Sección de Incapacidad Común, Maternidad, Funerales y Lentes.

Caja de Seguro Social

Ciudad de Panamá

Mediante la presente comunicamos a ustedes que la señora **${nombre},** con seguro social **${ced\_trabajador}** y cédula de identidad personal **${ced\_trabajador**}. Tiene fecha probable de parto el día ${fecha\_c} de acuerdo a la certificación emitida por el médico.

Que basado en lo anterior, se acogerá a la licencia de embarazo a partir del día ${inic} al ${fini}, razón por la cual no le reportaremos salarios en la planilla durante este periodo.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**${ger\_rrhh}**

**Gerente de Recursos Humanos**

**Nº Patronal ${numero\_patronal}**