Panamá, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_\_\_

Señores:

Secretaría Ejecutiva del SIACAP

E. S. D.

Por este medio Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con cédula de identidad personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , me notifico de la Resolución emitida por la Secretaría Ejecutiva del SIACAP, mediante el cual se me reconoce el Beneficio adicional como afiliado del SIACAP.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La firma de este documento debe ser autenticada ante un **NOTARIO PÚBLICO**.