

Panamá, ____ de _____ de 2026

Doctor
Luis Carlos Bravo
Director Médico General
Hospital Santo Tomás

Asunto: Solicitud de pago de Prima de Antigüedad – Ley 241 de 2021

Yo, _____, portador(a) de la cédula de identidad personal N.º _____, respetuosamente solicito el pago de la **Prima de Antigüedad**, de conformidad con lo establecido en la Ley 241 de 2021, que regula este beneficio para los servidores públicos.

Hago constar que mi relación laboral con el Hospital Santo Tomás finalizó a partir del año **2014**, cumpliendo con el período establecido por la normativa vigente para la aplicación de este beneficio.

Asimismo, declaro que tengo conocimiento de los requisitos exigidos por el Hospital Santo Tomás para la tramitación de esta solicitud y que adjunto a la presente la documentación correspondiente.

La presente solicitud ha sido entregada el día _____ a las _____ a.m./p.m.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO: _____