

# CARTA DE RENUNCIA

[SU NOMBRE COMPLETO]

[NOMBRE DEL DESTINATARIO SUPERVISOR GERENTE O] [NOMBRE LEGAL DE LA EMPRESA U] [DIRECCIÓN DE LA EMPRESA]

**Asunto: Renuncia Formal al Cargo de [SU PUESTO O CARGO ACTUAL]**

Estimado/a [NOMBRE DEL DESTINATARIO SUPERVISOR GERENTE O]:

Por medio de la presente le comunico, de manera formal y por escrito, mi decisión de renunciar al cargo de [SU PUESTO O CARGO ACTUAL] en [NOMBRE LEGAL DE LA EMPRESA U]. Mi último día de trabajo será el \*\*\*\*.

He tenido el privilegio de formar parte de [NOMBRE LEGAL DE LA EMPRESA U] desde el .

## **Agradecimiento**

Deseo expresar mi sincero agradecimiento a [NOMBRE LEGAL DE LA EMPRESA U] por la oportunidad profesional brindada, por la confianza depositada en mí durante mi tiempo en la empresa y por las experiencias y conocimientos adquiridos. Me llevo un recuerdo positivo de mis colegas y de la organización.

## **Transición Ordenada**

Durante el período restante hasta mi último día, me comprometo a colaborar activamente en una transición ordenada y profesional. Específicamente, ofrezco: capacitar al reemplazo, documentar procedimientos pendientes y entregar archivos y materiales de la empresa. Estoy dispuesto/a a coordinar con usted o con Recursos Humanos la entrega de responsabilidades, archivos, credenciales, equipos y cualquier propiedad de la empresa en mi posesión.

## **Pago Final y Asuntos Administrativos**

Solicito respetuosamente que, al momento de la terminación de mi empleo, se me liquiden todos los salarios devengados hasta mi último día de trabajo, así como cualquier tiempo libre pagado (PTO), vacaciones acumuladas no utilizadas, bonificaciones devengadas, comisiones pendientes, y reembolsos de gastos aprobados, conforme a la política de la empresa y a la legislación aplicable del Estado de [STATE].

## **Continuidad de Beneficios (COBRA)**

Solicito recibir, dentro de los plazos establecidos por la ley federal COBRA (29 U.S.C. § 1161 et seq.), toda la información y formularios necesarios para la posible continuación de mi cobertura de seguro

médico y de cualquier otro beneficio elegible, incluyendo primas aplicables, fechas límite de elección y procedimientos de inscripción.

Quedo atento/a a sus instrucciones respecto del proceso de salida y a la coordinación de una entrevista de salida, si la empresa así lo requiere.

Atentamente,

**[SU NOMBRE COMPLETO]**

---

PRINTED NAME

---

SIGNATURE

---

DATE