

**RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 017/2025
DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD "SINEC"**

a, 30 de diciembre de 2025

VISTOS:

La Comunicación Interna GG. CI. N° 574/2025, de fecha 29 de diciembre del 2025 a través de la cual se remite el "**MANUAL DE PROCESOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS: ESPOSA (O), CONVIVIENTE, HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS, PADRES Y MADRES**" mismo que se actualizado y toda documentación que ver convino se tuvo presente; y

CONSIDERANDO:

Que, desde la promulgación de la Constitución Política del Estado, el derecho a la Seguridad Social está plenamente reconocido y es entendida como la potestad que tiene toda persona natural de acceder a la cobertura de contingencias inmediatas y mediatas, generadas como emergencia de toda actividad laboral.

Que, los Parágrafos I y II del Artículo 45 de la Constitución Política del Estado, establecen que todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social; y que la misma se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.

Que, el parágrafo III del artículo 45 de la norma suprema antes referida establece que el régimen de seguridad social cubre "*la atención de contingencias por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.*"

Que, los Numerales 1 y 2 del artículo 235 de la Constitución Política del Estado, señala que *son obligaciones de las servidoras y servidores públicos cumplir la Constitución y las leyes; y cumplir con sus responsabilidades de acuerdo con los principios de la función pública.*

Que, la Ley N° 1178 de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO) tiene como objeto regular los Sistemas de Administración y de Control de los Recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública.

Que, el inc. b) del Artículo 7 de la Ley N° 1178 Ley de Administración y Control Gubernamentales determina que "**Toda entidad pública organizará internamente, en función de sus objetivos y la naturaleza de sus actividades, los sistemas de administración y control interno de que trata esta Ley".**

Consultorio: Calle España N° 473 - Telfs.: 336-4160 - 337-1667

Oficinas Administrativas Av. 2 de Agosto N° 6135 pasando el 6to. Anillo - Telfs. 332-3173 - 345-2050

Laboratorio: Telfs.: 344-2723 - Santa Cruz de la Sierra - Bolivia

Que, el Artículo 27 del cuerpo legal citado precedentemente establece: "Cada entidad del Sector Público elaborará en el marco de las normas básicas dictadas por los órganos rectores, los reglamentos específicos para el funcionamiento de los sistemas de Administración y Control Interno regulados por la presente Ley y los sistemas de Planificación e Inversión Pública".

CONSIDERANDO:

Que, el Código de la Seguridad social establece en su Artículo 1 lo siguiente: "El Código de Seguridad Social es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar."

Que, el artículo 14 de la norma citada precedentemente establece que: Los beneficiarios gozarán de las prestaciones del Seguro de Enfermedad - Maternidad, durante la vigencia del derecho del asegurado, cuyo control se ejercerá a través del registro integrado con los Avisos de Afiliación, Baja y Reingreso del Asegurado y de los Avisos de Altas y Bajas de Beneficiarios.

Que, el artículo 34 del Reglamento al Código de Seguridad Social establece que: "Son beneficiarios, exclusivamente, los siguientes familiares a cargo del trabajador: a) La esposa o la conviviente inscrita en los registros de la Caja, o el esposo; b) Los hijos legítimos, los naturales reconocidos y los adoptivos, hasta los 16 años, o 19 años si estudian en establecimientos autorizados por el Estado, o sin límite de edad si son declarados inválidos por la Comisión de Prestaciones de la Caja antes de cumplir las edades anteriormente indicadas; c) El padre y la madre viuda; d) Los hermanos, en las mismas condiciones de edad que los hijos, siempre que sean huérfanos o hijos de padres comprendidos en el inciso anterior, que no perciban rentas y que vivan en el hogar y a expensas del asegurado, previo informe legal."

Que, a su vez el artículo 35 de la norma ya referida precedentemente instituye que: El trabajador activo asegurado y sus beneficiarios tendrán derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad bajo las siguientes condiciones: a) El trabajador y sus beneficiarios deberán cumplir previamente el trámite de afiliación y estar inscritos en los registros de la Caja. Esta entregará como testimonio de la afiliación un "Carnet de Asegurado" en el cual serán inscritos los beneficiarios con derecho, El ingreso o salida de un beneficiario deberá ser declarado oportunamente por el asegurado a fin de no obstaculizar el otorgamiento de la prestación. b) La prestación del Carnet del Asegurado es imprescindible y previa a toda prestación en especie. Los beneficiarios deben presentar además del Carnet del Asegurado su "Carnet de Beneficiario" extendido por la Caja o su Cédula de Identidad personal para identificarlos como a los beneficiarios inscritos en el Carnet de Asegurado. c) Acreditar en el Carnet de Asegurado debidamente sellado por el empleador en la casilla correspondiente, no menos de una cotización mensual en los dos meses inmediatamente anteriores al comienzo de las prestaciones a otorgarse al trabajador o a uno de sus beneficiarios.

Que, el Reglamento de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación para la Seguridad Social de Corto Plazo – ASUSS, Aprobado mediante Resolución Administrativa ASSUS N° 0038/2022, del 16 de mayo del 2022, establece en su Artículo 1 "*El presente Reglamento tiene como objeto regular y normar los procesos de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación de la Seguridad Social de Corto Plazo*", en los artículos 14, 15, 18 y 20 establecen los requisitos para afiliación de beneficiarios esposa(o), conviviente, hijos mayores de 19 años, padre y madre.

CONSIDERANDO:

Que, Decreto Supremo N° 26474 del 22 de diciembre de 2001 (norma de creación del SINEC). Norma jurídica que establece que el SINEC es una institución de naturaleza descentralizada, tal y como lo señala el Art. 2, que a letra dice: "*I. el Seguro Integral de Salud (SINEC) es una institución Pública Descentralizada, que asume funciones operativas especializadas en materia de salud. II. El SINEC con la tipología de Institución Pública Descentralizada, cuenta con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa, financiera y técnica y con competencia de ámbito nacional; bajo tuición del Ministerio de Salud a través de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de corto plazo, cuya denominación es "ASUSS" creado en el marco del Decreto Supremo N° 3561 de fecha 16 de mayo de 2018.*

Que, el Artículo 26.- (Administración) del cuerpo legal citado precedentemente establece que: "*La administración del SINEC, está sujeta a los Sistemas de la Ley N° 1178, disposiciones reglamentarias y Normas Básicas establecidas para cada uno de los Sistemas SAFCO; así como a la normativa establecida por la LOPE y sus Disposiciones Reglamentarias*".

CONSIDERANDO:

Que, a través de la Comunicación Interna CI/JPI/Nro. 101/2025, emitida por la Jefe de Planificación del Seguro Integral de Salud – SINEC se remite para su validación y aprobación el "Manual de Procesos para Afiliación de Beneficiarios, Esposa (O), Conviviente, hijos mayores de 19 años, Padre y Madre", señalando que el mismo que fue actualizado.

Que, de la revisión y análisis efectuados a los antecedentes y normativa legal aplicable al presente caso se tiene que las actualizaciones efectuadas al MANUAL DE PROCESOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS, ESPOSA (O), CONVIVIENTE, HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS, PADRE Y MADRE han sido realizadas de acuerdo a la organización administrativa de la institución, por lo que a efectos de que el SINEC logre una eficiente gestión administrativa y sobre todo cumpla con su misión institucional, corresponde su aprobación a través de la presente Resolución Administrativa.

Que, el Decreto Supremo No. 26474 de fecha 22 de diciembre del 2001, que regula la creación y funcionamiento del Seguro Integral de Salud – SINEC, de conformidad con lo establecido en los incisos a) y o) de su artículo 18 se tiene que son funciones del Gerente General: "*Dirigir a la institución en todas sus actividades administrativas, financieras, legales, reglamentarias y técnico operativas especializadas en el marco de la misión institucional y*

atribuciones establecidas para el SINEC". y "Otras que el permitan el cumplimiento de sus funciones".

POR TANTO:

La Gerente General del SINEC, como Máxima Autoridad Ejecutiva del Seguro Integral de Salud SINEC y en ejercicio de sus legítimas facultades y funciones señaladas en los artículos 15 y 18 del Decreto Supremo No. 26474 de fecha 22 de diciembre del 2001.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO:

APROBAR el MANUAL DE PROCESOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS, ESPOSA (O), CONVIVIENTE, HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS, PADRE Y MADRE, mismo que está compuesto de una introducción, el objetivo del manual, además de las situaciones en las que el manual puede estar sujeto a revisiones y actualizaciones, así como también de un apartado que explica cómo usar el manual, las áreas de aplicación o alcance, las normas de operación, los distintos procesos de afiliación, un flujograma y los formatos y formularios.

ARTÍCULO SEGUNDO:

INSTRUIR que las actualizaciones efectuadas al **MANUAL DE PROCESOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS, ESPOSA (O), CONVIVIENTE, HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS, PADRE Y MADRE** son de cumplimiento y aplicación obligatoria a los servidores públicos de las diferentes unidades organizacionales del Seguro Integral de Salud-SINEC que intervengan en el desempeño de sus funciones en el proceso de afiliación y las empresas o instituciones afiliadas al Seguro Integral de Salud – SINEC

ARTÍCULO TERCERO:

INSTRUIR a la funcionaria de Apoyo Organización y Método en coordinación con el área de Relaciones Publicas queda encargada de la difusión y capacitación de las actualizaciones contenidas en el **MANUAL DE PROCESOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS, ESPOSA (O), CONVIVIENTE, HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS, PADRE Y MADRE**, a todas las unidades organizacionales del Seguro Integral de Salud SINEC que intervengan en el desempeño de sus funciones en el proceso de afiliación.

ARTÍCULO CUARTO:

Las modificaciones y ajustes que pudieran corresponder efectuarse al presente instrumento normativo administrativo, se lo realizará conforme a su aplicación y necesidad, a través del área de Afiliación en coordinación con Planificación.

ARTÍCULO QUINTO:

La presente Resolución Administrativa entra en vigencia a partir del treinta de diciembre del presente año.

RESOL. ADM. N° 017/2025

SC. 30-12-2025

PUBLÍQUESE, NOTIFÍQUESE, REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE.

Abg. Jessica Pereira Ramos.
GERENTE GENERAL a.i. SINEC

5

Consultorio: Calle España N° 473 - Telfs.: 336-4160 - 337-1667

Oficinas Administrativas Av. 2 de Agosto N° 6135 pasando el 6to. Anillo - Telfs. 332-3173 - 345-2050

Laboratorio: Telfs.: 344-2723 - Santa Cruz de la Sierra - Bolivia



MANUAL DE PROCESOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS ESPOSA (O), CONVIVIENTE, HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS, PADRE Y/O MADRE

Aprobado con Resolución Administrativa Nro. 17

de fecha 30 de diciembre de 2025

SANTA CRUZ - BOLIVIA

INDICE

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| 2. | OBJETIVO | 2 |
| 3. | REVISIONES Y ACTUALIZACIONES | 2 |
| 4. | INCUMPLIMIENTO..... | 2 |
| 5. | COMO USAR EL MANUAL..... | 3 |
| 6. | ÁREAS DE APLICACIÓN O ALCANCE..... | 4 |
| 7. | NORMAS DE OPERACIÓN..... | 4 |
| 8. | PROCESO | 4 |
| | PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS PADRES, MADRE O PADRE | 4 |
| | PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS ESPOSO/A | 4 |
| | PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIO/A PAREJA EN UNIÓN LIBRE..... | 4 |
| | PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS/A PARA AMPLIACIÓN DE PRESTACIONES A HIJO/A DE 19 A 25 AÑOS..... | 4 |
| 9. | FLUJOGRAMA | 12 |
| 10. | FORMATOS Y FORMULARIOS..... | 18 |

1. INTRODUCCIÓN

Para realizar un proceso para afiliación de beneficiarios, esposa (o), conviviente, hijos mayores de 19 años, padre y madre, se ha visto por conveniente contar con un Manual de Proceso, este instrumento mostrara el circuito de la afiliación beneficiarios, esposa (o), conviviente, hijos mayores de 19 años, padre y madre los pasos que se debe realizar, para lograr de una forma eficiente la afiliación de dependientes que se van asegurarse.

Este documento normativo contiene información sobre la sucesión cronológica y secuencial de las actividades que se llevarán a cabo.

Asimismo, permitirá comprender mejor el desarrollo de las actividades que se deben seguir en todos los sectores que intervienen en la aplicación del Manual.

2. OBJETIVO

El presente Manual tiene por objeto establecer el proceso que debe seguir el área de Afiliación del SINEC, Trabajo Social, Área Legal y otras áreas que intervienen en el proceso, y que se mencionan en el presente Manual, para fines de control externo posterior, así como las obligaciones y atribuciones de quienes participan en el procedimiento de afiliación de dependientes.

Tiene como objetivos específicos:

- a) Instruir al personal, acerca de los procesos a seguir en forma secuencial, determinar los responsables y el plazo de ejecución de las operaciones.
- b) Coadyuvar a la ejecución correcta de las labores asignadas al personal, y propiciar la uniformidad en el trabajo.
- c) Servir como medio de integración y orientación al personal de nuevo ingreso, facilitando su incorporación a las distintas funciones operacionales.
- d) Proporcionar información básica para la planeación e implementación de reformas administrativas o rediseños organizacionales.

3. REVISIONES Y ACTUALIZACIONES

El presente Manual está sujeto a revisiones y actualizaciones cuando se presenten las siguientes situaciones:

- Cuando se produzcan cambios en la estructura organizacional del SINEC.
- Cuando por la experiencia de su aplicación se presenten sugerencias o se vea por conveniente efectuar modificaciones.
- Cuando surjan modificaciones en las normas nacionales.

El área responsable de la actualización del presente Manual de Procesos para Afiliación de Beneficiarios, Esposa (o), Conviviente, Hijos Mayores de 19 Años, Padre y Madre es el Área de Afiliación en coordinación con Planificación.

4. INCUMPLIMIENTO.

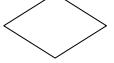
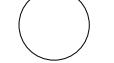
El incumplimiento u omisión de lo dispuesto en el presente manual, generara las responsabilidades de acuerdo a lo establecido en el Capítulo V de Responsabilidad por la Función Pública, determinada en la Ley N° 1178 de 20 de julio

de 1990 de Administración y Control Gubernamentales los Decretos Reglamentarios pertinentes y así como aquellas disposiciones previstas en el Reglamento Interno del Seguro Integral de Salud.

5. COMO USAR EL MANUAL

En el presente Manual detalla de manera narrativa y secuencial cada uno de los pasos a seguir dentro de un proceso, explicando en qué consiste, cuándo, cómo y con qué, donde y en qué tiempo se lleva a cabo, indicando las unidades y responsables de su ejecución. Está redactado a un nivel de desagregación, de manera que los usuarios no tengan que interpretar los temas ni llegar a obtener conclusiones; sólo necesitan hacer lo que indica el Manual.

Por otra parte, al final de la descripción narrativa del procedimiento se detallan los Diagramas de Flujos, que es la representación gráfica de la sucesión en que se realizan las operaciones del proceso. Los diagramas se presentan en forma sencilla para brindar una descripción clara de sus operaciones, lo que facilitará su comprensión. A continuación, se presentan los símbolos que se utilizarán y su significado:

| SÍMBOLO | NOMBRE | DESCRIPCIÓN |
|---|------------------------|--|
|  | Terminal | Indica el inicio y el fin de proceso |
|  | Proceso / Operación | Describe de forma general cada una de las actividades que se desarrollan dentro del procedimiento |
|  | Decisión o Alternativa | Indica dentro del procedimiento, dónde surgen caminos alternativos, un punto de decisión |
|  | Conector de rutina | Permite dar continuidad a las actividades, evitando la intersección de líneas. Representa una conexión entre las actividades del procedimiento en una misma página |
|  | Conector de hojas | Representa una conexión entre las actividades del procedimiento en distinta página |
|  | Documento | Representa cualquier tipo de documento asociado al procedimiento |

| | | |
|---|---------|--|
|  | Archivo | Representa el archivo de documentos asociados al procedimiento |
|---|---------|--|

6. ÁREAS DE APLICACIÓN O ALCANCE

El presente manual es de uso obligatorio de las Áreas Organizacionales que intervienen en proceso y el personal del área de Afiliación del SINEC, Área de Trabajo Social y el Área Legal.

7. NORMAS DE OPERACIÓN

Los lineamientos generales de acción determinados para facilitar la cobertura de las responsabilidades de las distintas instancias que participan en el proceso son:

- ✓ Constitución Política del Estado
- ✓ Ley N°. 1178, de fecha 20 de julio de 1990, Ley de Administración y Control Gubernamental (SAFCO).
- ✓ Código de Seguridad Social, de fecha 14 de diciembre de 1956 y sus modificaciones.
- ✓ Decreto Supremo N°05315, de fecha 30 de septiembre de 1959, Reglamento del Código de Seguridad Social y sus modificaciones.
- ✓ Decreto Supremo Nro.23318-A, de fecha 3 de noviembre de 1992, Responsabilidad por la Función Pública.
- ✓ Decreto Supremo Nro. 26237, de fecha 29 de junio de 2001, Modificación al Reglamento de Responsabilidad por la Función Pública.
- ✓ Decreto Supremo N° 26474, de fecha 22 de diciembre de 2001, Decreto de Creación del SINEC.
- ✓ Resolución Ministerial N° 672/08, de fecha 14 de noviembre de 2008, Reglamento Interno Seguro Integral de Salud "SINEC".
- ✓ Resolución Administrativa Nro. 064/2018, de fecha 20 de noviembre de 2018, Reglamento Único de Afiliación y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo.
- ✓ Resolución Administrativa Nro. 038/2022, de fecha 16 de mayo de 2022, Reglamento de Afiliación, Desafiliación y Re afiliación para la Seguro Social de Corto Plazo.
- ✓ Y otras normas conexas

8. PROCESO

Se presentan a continuación el proceso de afiliación de beneficiarios, esposa (o), conviviente, hijos mayores de 19 años, padre y madre; pero para ello antes mencionamos los requisitos:

| | |
|------|---|
| I. | PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS PADRES, MADRE O PADRE |
| II. | PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS ESPOSO/A |
| III. | PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIO/A PAREJA EN UNIÓN LIBRE |
| IV. | PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIO/A PARA AMPLIACIÓN DE PRESTACIONES A HIJO/A DE 19 A 25 AÑOS |

I. PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS PADRES, PADRE O MADRE - (TRAMITE QUE SE REALIZA EN TRABAJO SOCIAL ÁREA ADMINISTRATIVA)

| REQUISITOS AFILIACION BENEFICIARIOS PADRES | |
|--|--|
| 1. | Carnet de Asegurado/a + Cédula de Identidad del titular del seguro (Fotocopia simple) |
| 2. | Ultima boleta de pago del(a) titular del seguro. |
| 3. | Fotocopia de Certificado de nacimiento del titular con QR . |
| 4. | Carta de solicitud pre – impreso, entregado por Trabajo Social (únicamente la entrega se realiza al asegurado (a) titular, de manera presencial). |
| 5. | Solicitud de Seguro y Declaración de Beneficiario (formulario entregado por Trabajo Social) |
| 6. | Nota informativa entregada por Trabajo Social. |
| 7. | Certificado de nacimiento original por única vez (con QR) . |
| 8. | Fotocopia de la cédula de identidad de los padres. |
| 9. | Certificado de matrimonio original (con QR) . En casos de padres solteros, presentar el Certificado de Estado Civil, emitido por SERECI. |
| 10 | Certificado de Derecho Propietario, a Nivel Nacional , emitido por Derechos Reales, a nombre de los padres. |
| 11 | Certificado del Servicio Nacional de Reparto, SENASIR , acreditando que los padres no perciben renta y que no figuran con ningún trámite en curso. |
| 12 | Certificado de la Gestora Pública, acreditando que los padres no perciben renta y que no figuran con ningún trámite en curso. En caso de existencia de aportes, solicitar el Estado de Ahorro Provisional . |
| 13 | Certificado del Servicio de Impuestos Nacionales , de no contar con un número de Identificación Tributaria (NIT). (en caso de contar con NIT debe de tener una inactividad de 6 meses) |
| 14 | Certificado del Gobierno Autónomo Municipal , de inexistencia de actividad comercial. (del lugar donde reside). |
| 15 | Formulario N° 6 (Negativo de las Cajas) , Este requisito será entregado por trabajo social posterior a la visita domiciliaria. |
| 16 | En caso de que el titular del Seguro sea Jubilado deberá presentar la Resolución de declaratoria de Derecho Habiente. |
| 17 | Croquis de la vivienda (domicilio e inmueble propio, alquilado y otros) |
| 18 | Presentar Grupo Sanguíneo (documento de respaldo que acredite el resultado) |
| NOTA: SE HACE CONOCER AL TITULAR DEL SEGURO QUE, COMO ENTE GESTOR DE SALUD, PODEMOS SOLICITAR DOCUMENTOS ADICIONALES DE ACUERDO A NORMATIVA Y CONDICIÓN ACTUAL. | |

| ETAPA | INSUMO – PROCEDIMIENTO – PRODUCTO | INSTRUMENTO | PLAZO | RESPONSABLE |
|-------|--|-------------|-------|---------------------------------------|
| | INSUMO: Entrega de requisitos, con carnet de asegurado/a | ----- | ----- | ----- |
| | PROCEDIMIENTO (Tareas): | ----- | ----- | ----- |
| 1 | 1. Solicita en Trabajo Social de manera presencial su interés de afiliar a sus padres, madre o padre. Presenta cedula de identidad + carnet del asegurado. | | 1 día | Asegurado Titular activo/pasivo |

| | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <p>2</p> <p>1. Solicitud cedula de identidad y/o carnet de asegurado vencido de padre o madre (según corresponda) 2. Orienta sobre los procedimientos a seguir. 3. Realiza la ficha técnica - valoración social- económica 4. De acuerdo a información registrada se orienta si procede la continuidad o no del trámite. 5. Se entrega los requisitos, en caso de cumplir con las normas establecidas en el Código de Seguridad Social, Reglamento Específico de Afiliación, Re-afiliación y Desafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo, emitido por la ASUSS, el Reglamento de Seguro y Afiliación del SINEC.</p> <p>Comunica que tiene 60 días para presentar los documentos solicitados.</p> | <p>Ficha Técnica Requisitos impresos</p> | <p>1 día</p> | <p>Trabajo Social</p> |
| <p>3</p> <p>1. Se presenta en Trabajo Social con la documentación requerida de acuerdo a reglamento.</p> | <p>Documentos</p> | | <p>Asegurado</p> |
| <p>4</p> <p>1. Revisa la documentación presentada, haciendo comparación con los datos proporcionados en la ficha técnica y los requisitos emitidos. 2. Si en la documentación revisada existe algún faltante u observación, no se recepcionan los documentos hasta completarlo. 3. Presentada la documentación completa, es recibida en orden por Trabajo Social, se hace llenar y firmar al titular del seguro la carta de solicitud de afiliación y la nota informativa sobre normas, así también se hace llenar con los posibles beneficiarios la Declaración Jurada del estado de salud. 4. Nuevamente se informa al asegurado sobre los procedimientos a seguir.</p> | <p>Documentos cartas Declaración Jurada de salud.</p> | <p>30 días variables (depende de la entrega de documentos del solicitante)</p> | <p>Asegurado Trabajo Social</p> |
| <p>5</p> <p>1. Con el expediente completo se realiza la visita domiciliaria. 2. Se llena ficha social 3. Entrega de Formulario o Negativo de Cajas (con duración de 30 días) posterior a la recepción del formulario se continua el trámite por Trabajo Social. 4. Elabora el informe social. 5. Se remite el expediente completo, cumpliendo con los requisitos y normas establecidas, a Gerencia General del SINEC.</p> | <p>Visita domiciliaria Ficha Social Formulario negativo de cajas Informe Social</p> | <p>15 días variables (depende de la entrega de documentos del solicitante)</p> | <p>Asegurado Trabajo Social</p> |
| <p>6</p> <p>1. Secretaría de Gerencia General recepciona el expediente para derivar al Departamento de Afiliación.</p> | <p>Documentos</p> | <p>2 días</p> | <p>Gerencia General</p> |
| <p>7</p> <p>1. El Departamento de Afiliación realiza la verificación de los documentos y procede a la afiliación. 2. Toma de Fotografía. (en caso de que el beneficiario no proporcione el formato JPG) 3. Elabora el carnet de beneficiario. 4. Entrega el carnet de beneficiario al asegurado/a titular, previa firma del documento informativo, sobre la obligación de actualizar la documentación de sus beneficiarios. En caso de no actualizar en el tiempo de vigencia del carnet del beneficiario se</p> | <p>documentos</p> | <p>2 días</p> | <p>Afiliación</p> |

| | | | | |
|----------|--|--|--|--|
| | procederá al Baja Automática de la Afiliación y no podrá recibir las prestaciones médicas en especies. | | | |
| 5. | Archiva el expediente completo en el sobre laboral del asegurado/a. | | | |
| 8 | PRODUCTO: Afiliación y Dispensación del Carnét de los beneficiarios padres, padre o madre. | | | |

II. PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS ESPOSO/A (TRAMITE QUE SE REALIZA EN EL DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN)

| REQUISITOS PARA LA AFILIACION DE BENEFICIARIOS/A ESPOSO/A | |
|--|--|
| 1. | Carnet de Asegurado/a + Cédula de Identidad del titular del seguro (Fotocopia simple) |
| 2. | Ultima boleta de pago del(a) Titular |
| 3. | Certificado de nacimiento original por única vez (con QR) del(a) beneficiario/a. |
| 4. | Fotocopia de la cédula de identidad del(a) beneficiario/a (fotocopia simple) |
| 5. | Certificado de Matrimonio en original (con QR) |
| 6. | Formulario de NO afiliación del (a) beneficiario/a, otorgado por el área de Afiliación, debe ser presentado debidamente sellado y rubricado por los Entes Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo. |
| 7. | Certificado de la Gestora Pública , acreditando que no percibe renta y que no figura ningún trámite en curso. En caso de existencia de aportes, solicitar también el Estado de Ahorro Provisional. |
| 8. | Certificado Negativo del SENASIR , acreditando que no percibe renta y que figura ningún trámite pendiente. |
| 9. | Certificado del Servicio de Impuestos Nacionales , de no contar con un número de Identificación Tributaria (NIT). (en caso de contar con NIT debe de tener una inactividad de 6 meses) |
| 10. | Grupo Sanguíneo, con documento de respaldo. |
| NOTA: SE HACE CONOCER AL TITULAR DEL SEGURO QUE, COMO ENTE GESTOR DE SALUD, PODEMOS SOLICITAR DOCUMENTOS ADICIONALES DE ACUERDO A NORMATIVA Y CONDICIÓN ACTUAL. | |

| ETAPA | INSUMO – PROCEDIMIENTO – PRODUCTO | INSTRUMENTO | PLAZO | RESPONSABLE |
|-------|--|-------------|-------|-------------|
| | INSUMO: Entrega de requisitos, con carnét de asegurado/a | ----- | ----- | ----- |
| | PROCEDIMIENTO (Tareas): | ----- | ----- | ----- |
| 1 | Solicita en Afiliaciones de manera presencial su interés de afiliar a su esposa/o Presenta carnet de asegurado y certificación de vigencia de derechos del titular no mayor a 60 días | | 1 día | Asegurado |

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|--------------|
| 2 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sigue el Carnet de asegurado y certificación de vigencia de derechos. 2. Realiza la entrevista para conocer que el/la posible beneficiario/a se encuentre desprotegida/o de la seguridad social. 3. Orienta sobre los procedimientos a seguir. 4. Entrega los requisitos, en caso de cumplir con las normas establecidas en el Código de Seguridad Social, Reglamento Específico de Afiliación, Reafiliación y Desafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo, emitido por la ASUSS, el Reglamento de Seguro y Afiliación del SINEC. 5. Comunica que tiene 30 días para presentar los documentos solicitados. | Requisitos impresos y Formularios | Afiliaciones |
| 3 | Presenta requisitos completos en Afiliaciones de acuerdo a normas. | Documentos | Asegurado |
| 4 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Recibe el expediente. 2. Revisa la documentación presentada 3. Hace llenar la declaración personal de salud. 4. Elabora el carné de beneficiarios. 5. Entrega el carné de beneficiario al asegurado/a titular, previa firma del documento informativo, sobre la obligación de actualizar la documentación de sus beneficiarios. En caso de no actualizar en el tiempo de vigencia del carné del beneficiario se procederá al Baja Automática de la Afiliación y no podrá recibir las prestaciones médicas en especies. 6. Archiva el expediente completo en el sobre laboral del asegurado/a. | | Afiliaciones |
| | PRODUCTO: Afiliación y Dispensación del Carnét del beneficiarios esposa | | |

III. PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIO/A PAREJA EN UNIÓN LIBRE (TRAMITE QUE SE REALIZA EN TRABAJO SOCIAL ÁREA ADMINISTRATIVA)

| REQUISITOS PARA LA AFILIACION DE BENEFICIARIO/A PAREJA EN UNION LIBRE | |
|---|---|
| 1. | Carnet de Asegurado/a + Cédula de Identidad del titular del seguro (Fotocopia simple) |
| 2. | Última boleta de pago del(a) Titular |
| 3. | Carta de solicitud pre – impreso, entregado por Trabajo Social (únicamente la entrega se realiza al asegurado (a) titular, de manera presencial). |
| 4. | Nota informativa entregada por Trabajo Social. |
| 5. | Solicitud de Seguro y Declaración Jurada del estado de salud del Beneficiario (entregada por Trabajo Social) |
| 6. | Certificado de nacimiento original por única vez (con QR) del(a) beneficiario/a, |
| 7. | Fotocopia de la cédula de identidad del(a) beneficiario/a (fotocopia simple) |
| 8. | Certificado de Registro de Unión Libre, emitido por autoridad competente (SERECI) |

**MANUAL DE PROCESOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS
ESPOSA (O), CONVIVIENTE, HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS, PADRE
Y/O MADRE**

| | |
|--|---|
| 9. | Certificado de Matrimonio cancelado en original (con QR). En caso de haber contraído matrimonio anteriormente. |
| 10. | Certificado de Defunción en original (con QR), En caso de haber enviudado anteriormente. |
| 11. | Formulario o Negativo de las Cajas. Entregado por Trabajo Social. Se entrega después de la visita domiciliaria . |
| 12. | Certificado de la Gestora Pública , acreditando que no percibe renta y que no figura ningún trámite en curso. En caso de existencia de aportes, solicitar también el Estado de Ahorro Provisional. |
| 13. | Certificado Negativo del SENASIR , acreditando que no percibe renta y que no figura ningún trámite pendiente. |
| 14. | Certificado del Servicio de Impuestos Nacionales , de no contar con un número de Identificación Tributaria (NIT). (en caso de contar con NIT debe de tener una inactividad de 6 meses) |
| 15. | Grupo Sanguíneo, con documento de respaldo. |
| 16. | En caso de ser Derecho Habiente: presentar contrato de la Gestora. |
| 17. | Croquis de la vivienda |
| NOTA: SE HACE CONOCER AL TITULAR DEL SEGURO QUE, COMO ENTE GESTOR DE SALUD, PODEMOS SOLICITAR DOCUMENTOS ADICIONALES DE ACUERDO A NORMATIVA Y CONDICIÓN ACTUAL. | |

| ETAPA | INSUMO – PROCEDIMIENTO – PRODUCTO | INSTRUMENTO | PLAZO | RESPONSABLE |
|-------|---|--------------------------------------|-------|---------------------------------|
| | INSUMO: Entrega de requisitos, con carné de asegurado/a | ----- | ----- | ----- |
| | PROCEDIMIENTO (Tareas): | ----- | ----- | ----- |
| 1 | 1. Solicita en Trabajo Social de manera presencial su interés de afiliar a su pareja en unión libre 2. Presenta cedula de identidad + carnet de asegurado | | 1 día | Asegurado Titular activo/pasivo |
| 2 | 1. Solicita cedula de identidad y/o el Carnet de asegurado vencido de su pareja según corresponda. 2. Orienta sobre los procedimientos a seguir 3. Realiza la ficha técnica – valoración social-económica, tiempo de convivencia. 4. De acuerdo a información registrada se orienta si procede la continuidad o no del trámite 5. Entrega los requisitos, en caso de cumplir con las normas establecidas en el Código de Seguridad Social, Reglamento Específico de Afiliación, Re-afiliación y Desafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo, emitido por la ASUSS, el Reglamento de Seguro y Afiliación del SINEC. 6. Comunica que tiene 60 días para presentar los documentos solicitados. | Ficha técnica Requisitos impresos | 1 día | Trabajo Social |
| 3 | 1. Se presenta en Trabajo Social con la documentación requerida de acuerdo a reglamento. | Documentos | | Asegurado |

| | | | | |
|---|---|---|--|-----------------------------|
| 4 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisa la documentación presentada, haciendo comparación con los datos proporcionados en la ficha técnica y los requisitos emitidos. 2. Si en la documentación revisada existe algún faltante u observación, no se recepcionan los documentos hasta completarlo. 3. Presentada la documentación completa, es recibida en orden por Trabajo Social, se hace llenar y firmar al titular del seguro la carta de solicitud de afiliación y la nota informativa sobre normas, así también se hace llenar con los posibles beneficiarios la Declaración Jurada del estado de salud. 4. Nuevamente se informa al asegurado sobre los procedimientos a seguir. | Documentos cartas Declaración Jurada de salud. | 30 días variables (depende de la entrega de documentos del solicitante) | Asegurado Trabajo Social |
| 5 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Con el expediente completo se realiza la visita domiciliaria. 2. Se llena ficha social 3. Entrega de Formulario o Negativo de Cajas (con duración de 30 días) posterior a la recepción del formulario se continúa el trámite por Trabajo Social. 4. Elabora el informe social. 5. Se remite el expediente completo, cumpliendo con los requisitos y normas establecidas, a Gerencia General del SINEC. | Visita domiciliaria Ficha Social Formulario negativo de cajas Informe Social | 15 días variables (depende de la entrega de documentos del solicitante) | Asegurado Trabajo Social |
| 6 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Secretaría de Gerencia General recepciona el expediente para derivar al Departamento de Afiliación. | Documentos | 2 días | Gerencia General |
| 7 | <ol style="list-style-type: none"> 1. El Departamento de Afiliación realiza la verificación de los documentos y procede a la afiliación. 2. Toma de Fotografía. (en caso de que el beneficiario no proporcione el formato JPG) 3. Elabora el carnet de beneficiarios. 4. Entrega el carnet de beneficiario al asegurado/a titular, previa firma del documento informativo, sobre la obligación de actualizar la documentación de sus beneficiarios. En caso de no actualizar en el tiempo de vigencia del carnet del beneficiario se procederá al Baja Automática de la Afiliación y no podrá recibir las prestaciones médicas en especies. 5. Archiva el expediente completo en el sobre laboral del asegurado/a. | documentos | 2 días | Afiliación |
| 8 | PRODUCTO: Afiliación y Dispensación del Carné de los beneficiarios pareja Unión Libre. | | | |

IV. PROCESO DE AFILIACIÓN AMPLIACIÓN DE PRESTACIONES A BENEFICIARIOS HIJO/A DE 19 A 25 AÑOS (TRAMITE QUE SE REALIZA EN EL DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN)

REQUISITOS PARA AMPLIACION DE PRESTACIONES A BENEFICIARIOS HIJOS/AS DE 19 A 25 AÑOS

MANUAL DE PROCESOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS ESPOSA (O), CONVIVIENTE, HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS, PADRE Y/O MADRE

Debe cumplir de manera obligatoria con las siguientes condicionantes:

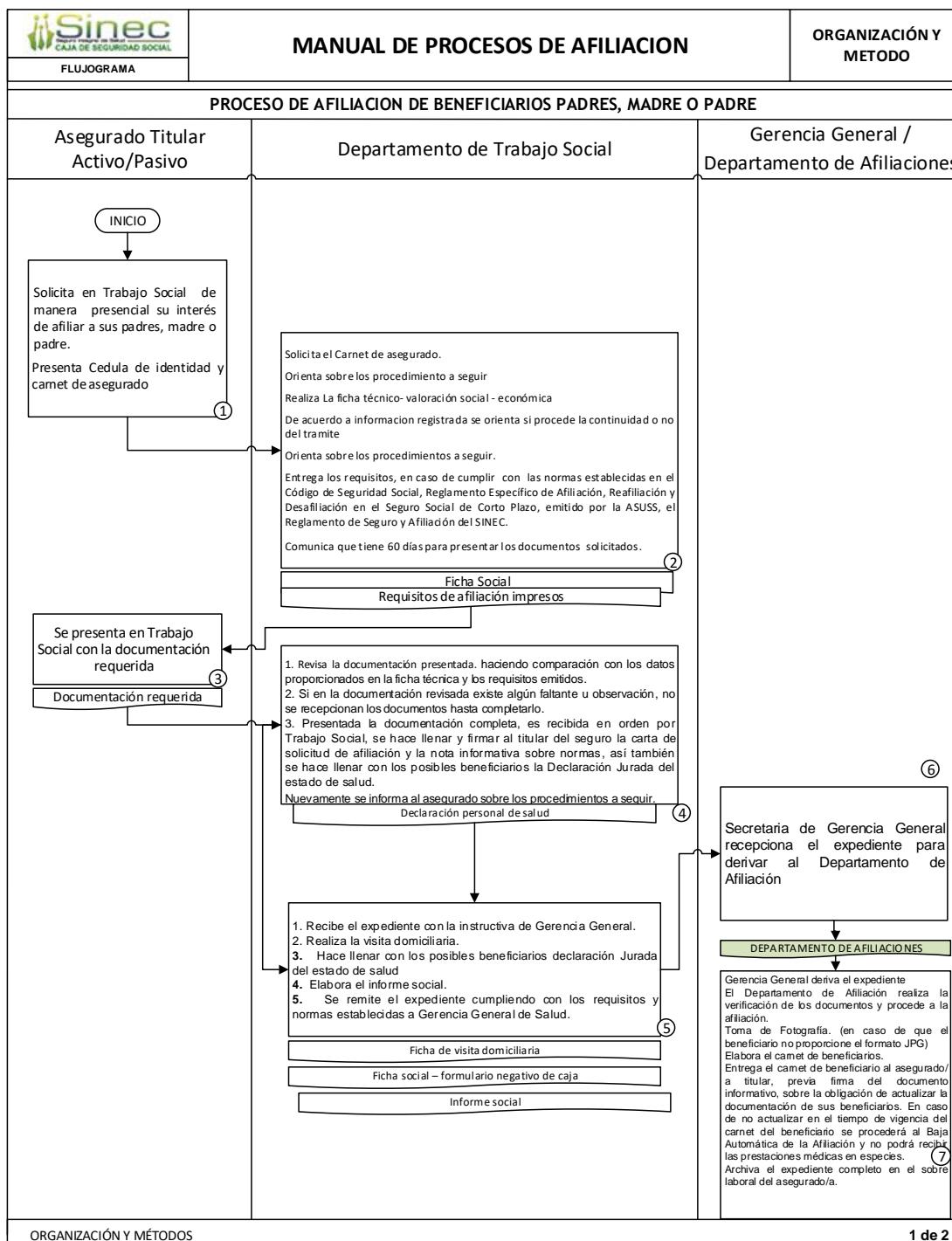
- Ser estudiante de establecimientos autorizados por el Estado y que no brinden Seguro Médico estudiantil.
- Los que acrediten encontrarse con el estado civil soltero/a
- Que no realice ninguna actividad que les generen ingresos económicos, es decir, que dependan del(a) asegurado(a).

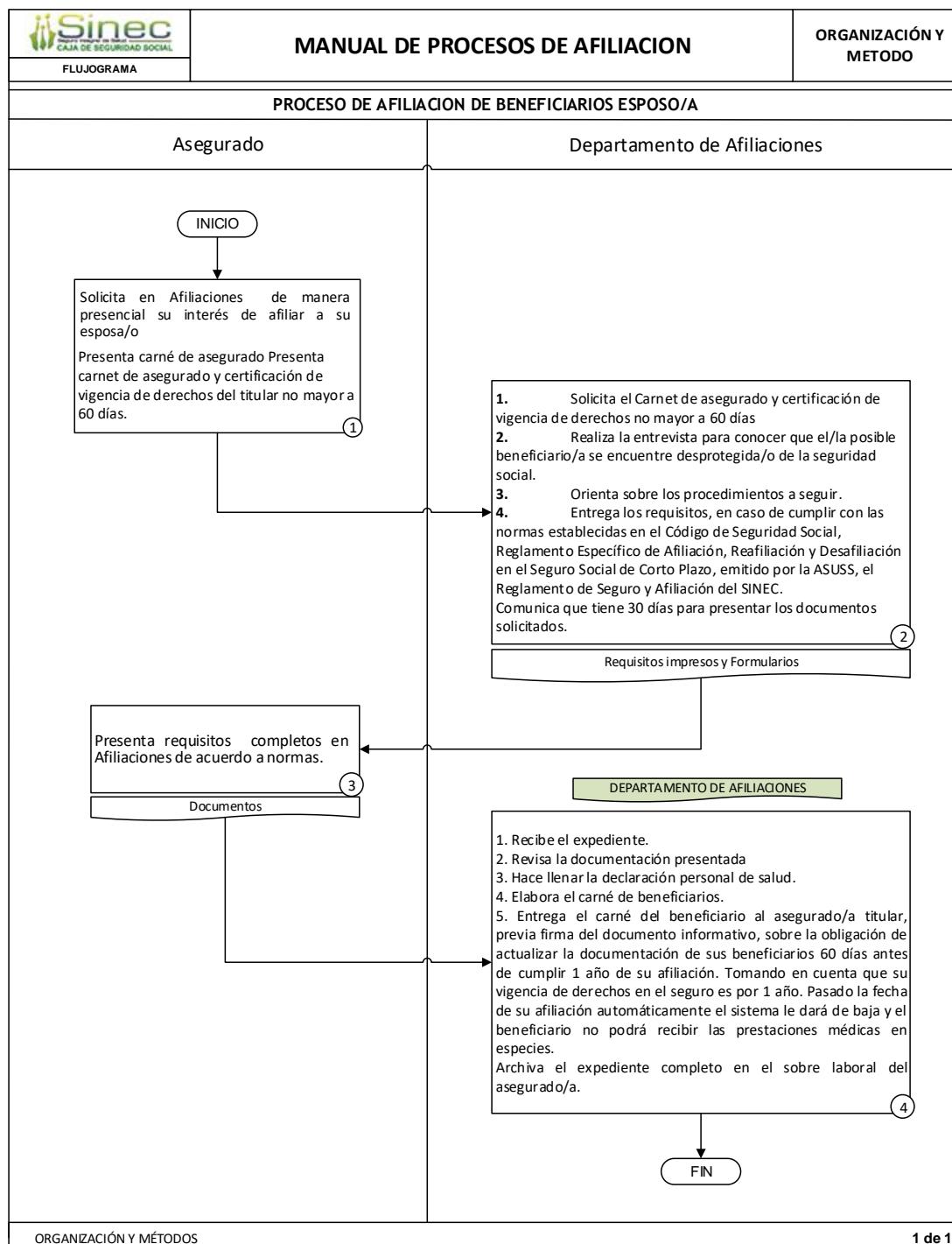
| REQUISITOS PARA AMPLIACION DE PRESTACIONES A BENEFICIARIOS HIJOS/AS DE 19 A 25 AÑOS | |
|--|--|
| 1. | Carnet de Asegurado/a + Cédula de Identidad Titular del seguro (fotocopia simple). |
| 2. | Ultima boleta de pago del(a) Titular |
| 3. | Carta de solicitud pre – impreso, (únicamente la entrega se realiza al asegurado (a) titular, de manera presencial). |
| 4. | Nota informativa sobre Normas Institucionales (únicamente la entrega se realiza al asegurado (a) titular, de manera presencial). |
| 5. | Solicitud de Seguro y Declaración Jurada de Salud del Beneficiario. Entregado en la oficina |
| 6. | Certificado de nacimiento original por única vez (con QR) del(a) beneficiario hijo/a. |
| 7. | Fotocopia de la cédula de identidad del(a) beneficiario hijo/a (fotocopia simple) |
| 8. | Formulario o Certificado de NO afiliación del(a) beneficiario/a, emitido por la unidad de Afiliaciones, debe ser presentado debidamente sellado y rubricado por los Entes Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo o certificación emitida por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS (original) |
| 9. | Certificado de Estudio, emitido por el establecimiento educativo que acredite que se encuentra inscrito en cursos de educación superior según corresponda, (ORIGINAL). Debe ser presentado de manera semestral y/o anual o de acuerdo a la modalidad de estudio. (con indicación fecha de inicio y finalización de semestre) |
| 10. | Certificado de soltería emitido por el Servicio de Registro Civil - SERECI (ORIGINAL) |
| 11. | Grupo Sanguíneo, con documento de respaldo. |
| 12. | Certificado de la Gestora Pública , acreditando la no existencia de aportes realizado individual o por terceros vigente (Original) |
| 13. | Certificado del Servicio de Impuestos Nacionales , de no contar con un número de Identificación Tributaria (NIT). (en caso de contar con NIT debe de tener una inactividad de 6 meses) |
| 14. | Certificado del Gobierno Autónomo Municipal , de inexistencia de actividad comercial. (con validez de (1) un año a partir de su emisión del lugar donde reside. Copiar otros requisitos de arriba |
| 15. | En caso de ser Derecho Habiente: presentar contrato de la Gestora. |
| NOTA: SE HACE CONOCER AL TITULAR DEL SEGURO QUE, COMO ENTE GESTOR DE SALUD, PODEMOS SOLICITAR DOCUMENTOS ADICIONALES DE ACUERDO A NORMATIVA Y CONDICIÓN ACTUAL. | |

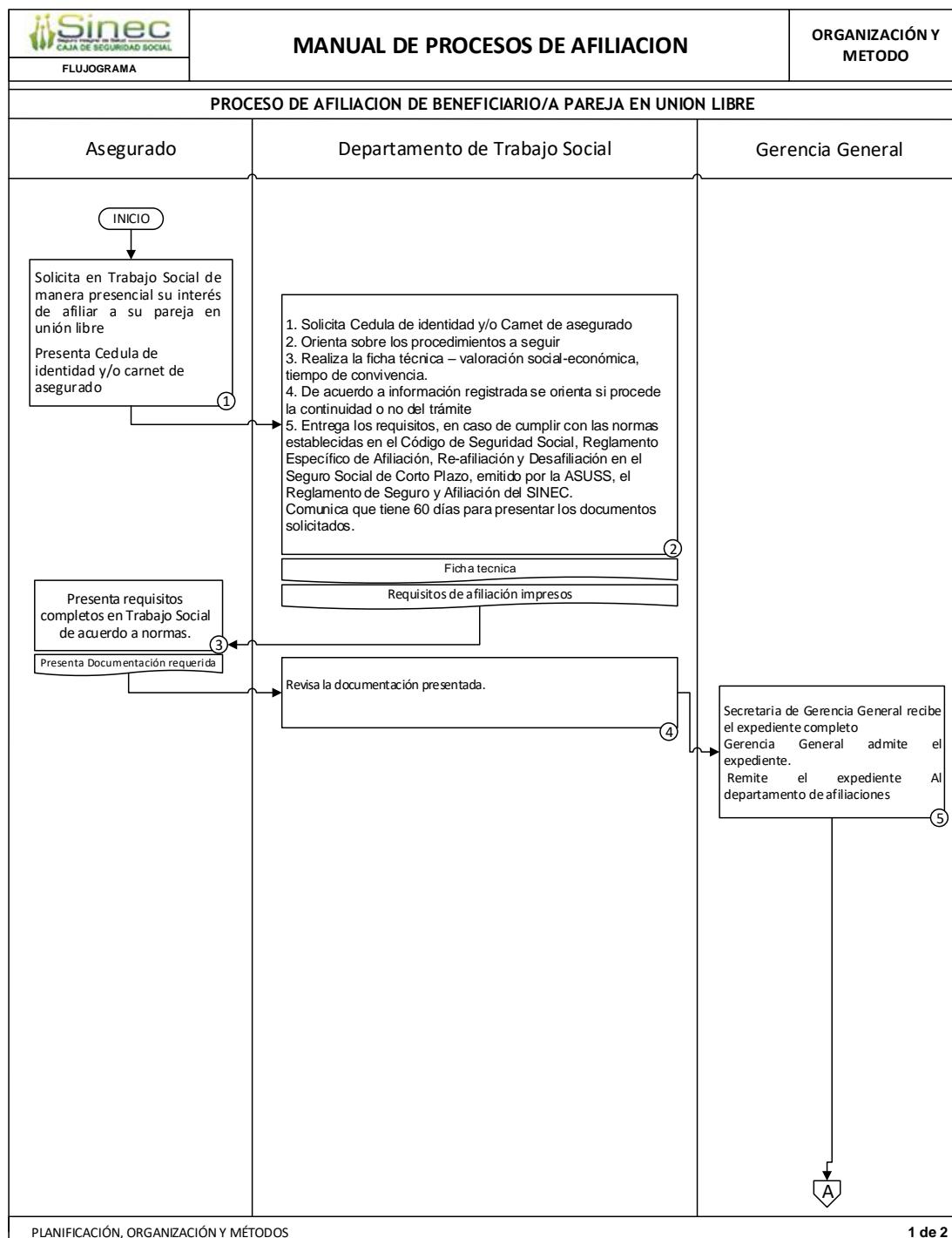
| ETAPA | INSUMO – PROCEDIMIENTO – PRODUCTO | INSTRUMENTO | PLAZO | RESPONSABLE |
|-------|---|-------------|-------|---------------------------------|
| | INSUMO: Entrega de requisitos, con carné de asegurado/a | ----- | ----- | ----- |
| | PROCEDIMIENTO (Tareas): | ----- | ----- | ----- |
| 1 | 1. Solicita en el Departamento de Afiliación de manera presencial su interés de afiliar a su hijo mayor de 19 a 25 años . 2. Presenta cédula de identidad + carnet de asegurado | | 1 día | Asegurado titular activo/pasivo |

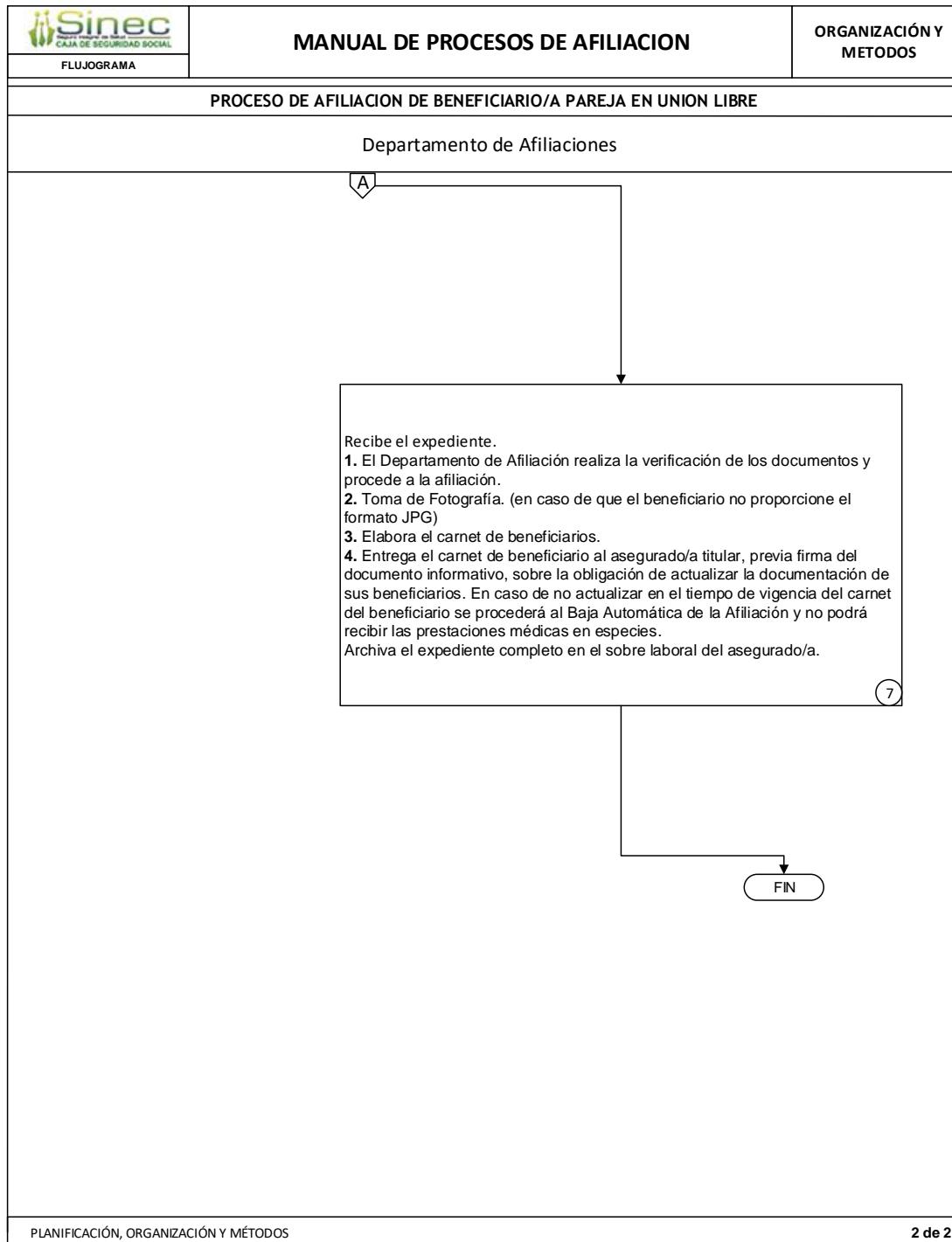
| | | | | |
|---|---|--|--------|--------------|
| 2 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud cedula de identidad y/o el Carnet de asegurado vencido su hijo (a). 2. Orienta sobre los procedimientos a seguir. 3. Realiza la entrevista para conocer sobre estudios y la dependencia socio- económica del hijo de 19 a 25 años. 4. De acuerdo a información registrada se orienta si procede la continuidad o no del trámite 5. Entrega los requisitos, en caso de cumplir con las normas establecidas en el Código de Seguridad Social, Reglamento Específico de Afiliación, Re-afiliación y Desafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo, emitido por la ASUSS, el Reglamento de Seguro y Afiliación del SINEC. 6. Comunica al asegurado que dichos documentos deben ser presentados en el Departamento de Afiliación. 7. Informa que tiene 30 días para presentar los documentos solicitados. desde la fecha que emite Afiliación el Formulario negativo de otras cajas. | Entrevista Requisitos impresos Formulario de cajas | 1 día | Afiliaciones |
| 3 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Presenta en el Departamento de Afiliación con la documentación Requerida de acuerdo a reglamento. | documentos | 1 día | Asegurado |
| 4 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisa toda la documentación presentada. Si en la documentación revisada existe algún faltante u observación, no se recepcionan los documentos hasta completarlo. 2. Presentada la documentación completa, es recibida en orden por el Departamento de Afiliación, se hace llenar y firmar al titular del seguro la carta de solicitud de afiliación y la nota informativa sobre normas, así también se hace llenar con los posibles beneficiarios la Declaración Jurada del estado de salud, emite formulario negativo de cajas. 3. Nuevamente se informa al asegurado sobre los procedimientos a seguir. | Documentos Llenado y firmas de cartas Declaración jurada de salud Formulario de cajas Informe Social | 15 día | Asegurado |

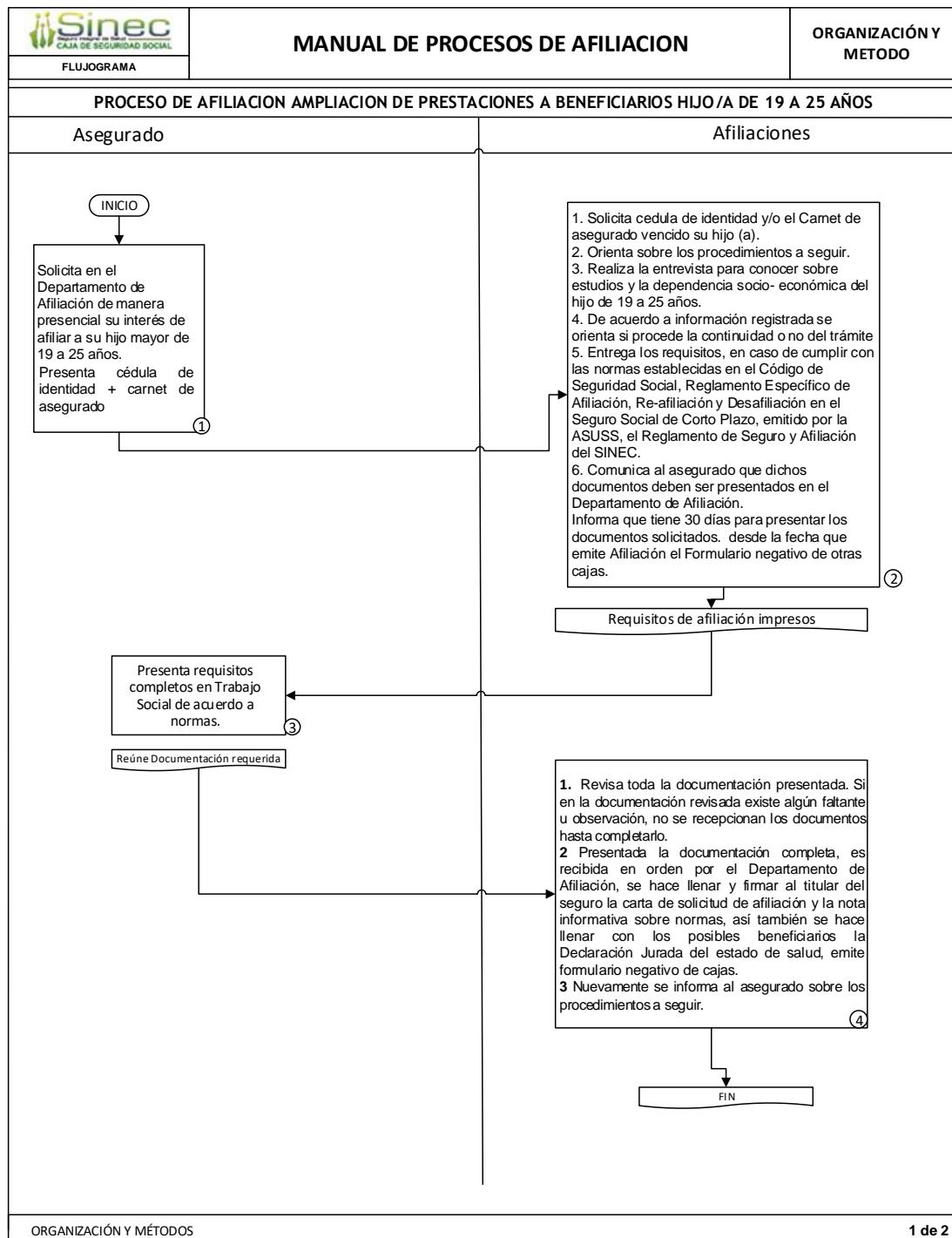
9. FLUJOGRAMA











10. FORMATOS Y FORMULARIOS

FORMATO Nro. 1

Santa Cruz,de.....202.....

Señor (a):

GERENTE GENERAL a.i.
SINEC SEGURO INTEGRAL DE SALUD
CAJA DE SALUD SOCIAL

Presente. -

Ref.: SOLICITUD DE AMPLIACION DE PRESTACIONES A BENEFICIARIO(A) HIJO(A) DE 19 A 25 AÑOS. -

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a usted a fin de solicitar tenga a bien considerar la afiliación de mi hijo(a)deaños de edad, con Cedula de Identidad N°, de estado civil:quien actualmenterealiza actividades que le generen ingresos económicos, vive bajo mis expensas ycuenta con seguro social.

Mi hijo es estudiante de la carrera de:

En el Establecimiento Educativo:

Nuestro domicilio particular está ubicado en.....

el número de teléfono es.....

Adjunto todos los documentos solicitados por el Ente Gestor de Salud y brindo información fidedigna. En caso de comprobarse que lo informado es falso, AUTORIZO al SINEC Seguro Integral de Salud, Caja de Salud Social se aplique las sanciones que correspondan, comprometiéndome a devolver el costo total de las prestaciones médicas recibidas de manera indebida de mi beneficiario/a hijo de 19 a 25 años.

Así mismo una vez afiliado mi hijo/a, me comprometo a cumplir con todas las normas institucionales.

Sin otro particular, saludo a Usted atentamente:

Firma del o la Asegurado (a) titular

C.I.

DATOS PERSONAL DEL (A) ASEGURADO/A TITULAR

| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| | | |
| Empresa | Fecha de ingreso a la Empresa | Cargo que desempeña |
| | | |
| Nº Telf. Domicilio | Nº Telef. Oficina | Nº Celular |
| | | |
| Correo electrónico | | |
| Dirección Domicilio/Barrio | Calle y Nº de casa | Zona |
| | | |

FORMATO Nro. 2

Santa Cruz,de.....202.....

Señor (a):
.....

GERENTE GENERAL a.i.
SINEC SEGURO INTEGRAL DE SALUD
CAJA DE SALUD SOCIAL

Presente. -

Ref.: SOLICITUD DE AMPLIACION DE PRESTACIONES A BENEFICIARIO(A) DERECHO HABIENTES DE 19 A 25 AÑOS.-

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a usted a fin de solicitar tenga a bien considerar mi Re-afiliación como Beneficiario (a) Derecho Habientede años de edad, con Cedula de Identidad N°, de estado civil: actualmenterealizo actividades que me generen ingresos económicos yuento con seguro social .

Soy estudiante de la carrera de.....

En el Establecimiento Educativo:

Mi domicilio particular está ubicado en.....

el número de teléfono es.....

Adjunto todos los documentos solicitados por el Ente Gestor de Salud y brindo información fidedigna. En caso de comprobarse que lo informado es falso, AUTORIZO al SINEC Seguro Integral de Salud, Caja de Salud Social se aplique las sanciones que correspondan, comprometiéndome a devolver el costo total de las prestaciones médicas recibidas de manera indebida por mi persona.

Así mismo una vez afiliado, me comprometo a cumplir con todas las normas institucionales.

Sin otro particular, saludo a Usted atentamente:

Firma del o la Asegurado (a) titular

C.I.

DATOS PERSONALES DEL (A) ASEGURADO/A TITULAR

| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| | | |
| Empresa | Fecha de ingreso a la Empresa | Cargo que desempeña |
| | | |
| Nº Telf. Domicilio | Nº Telef. Oficina | Nº Celular |
| | | |
| Correo electrónico | | |
| Dirección Domicilio/Barrio | Calle y Nº de casa | Zona |
| | | |

FORMATO Nro. 3

Santa Cruz,de..... 202.....

Señor (a):
.....

GERENTE GENERAL a.i.
SINEC SEGURO INTEGRAL DE SALUD
CAJA DE SALUD SOCIAL
Presente

Ref.: **SOLICITUD DE AFILIACION BENEFICIARIA PADRE**

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a usted a fin de solicitar tenga a bien considerar la afiliación de mi señor Padre de años de edad, con Cedula de Identidad N°, quien anteriormente trabajo en y actualmente realiza actividades independientes o con relación de dependencia laboral y cuenta con Seguro Social. El domicilio particular está ubicado por con numero de teléfono.....

Adjunto todos los documentos solicitados por el Ente Gestor de Salud y brindo información fidedigna. En caso de comprobarse que lo informado es falso, AUTORIZO al SINEC Seguro Integral de Salud, Caja de Salud Social se aplique las sanciones que correspondan, comprometiéndome a devolver el costo total de las prestaciones médicas recibidas de manera indebida de mi beneficiaria madre. Así mismo una vez afiliada mi señora madre, me comprometo a cumplir con todas las normas institucionales.

Sin otro particular, saludo a Usted atentamente:

Firma del o la Asegurado (a) titular

C.I.

DATOS PERSONALES DEL(A) ASEGURADO/A TITULAR

| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| | | |
| Empresa | Fecha de ingreso a la Empresa | Cargo que desempeña |
| | | |
| Nº Telf. Domicilio | Nº Telef. Oficina | Nº Celular |
| | | |
| Correo electrónico | | |
| Dirección Domicilio/Barrio | Calle y Nº de casa | Zona |
| | | |

**MANUAL DE PROCESOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS
ESPOSA (O), CONVIVIENTE, HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS, PADRE
Y/O MADRE**

FORMATO Nro. 4

Santa Cruz,de..... 202.....

Señor (a):
.....

GERENTE GENERAL a.i.
SINEC SEGURO INTEGRAL DE SALUD
CAJA DE SALUD SOCIAL
Presente

Ref.: **SOLICITUD DE AFILIACION BENEFICIARIA MADRE**

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a usted a fin de solicitar tenga a bien considerar la afiliación de mi señora Madre de años de edad, con Cedula de Identidad N°, quien anteriormente trabajo en y actualmente realiza actividades independientes o con relación de dependencia laboral y cuenta con Seguro Social. El domicilio particular está ubicado por con numero de telefono.....

Adjunto todos los documentos solicitados por el Ente Gestor de Salud y brindo información fidedigna. En caso de comprobarse que lo informado es falso, AUTORIZO al SINEC Seguro Integral de Salud, Caja de Salud Social se aplique las sanciones que correspondan, comprometiéndome a devolver el costo total de las prestaciones médicas recibidas de manera indebida de mi beneficiaria madre.

Así mismo una vez afiliada mi señora madre, me comprometo a cumplir con todas las normas institucionales.

Sin otro particular, saludo a Usted atentamente:

Firma del o la Asegurado (a) titular

C.I.

DATOS PERSONALES DEL(A) ASEGURADO/A TITULAR

| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| | | |
| Empresa | Fecha de ingreso a la Empresa | Cargo que desempeña |
| | | |
| Nº Telf. Domicilio | Nº Telef. Oficina | Nº Celular |
| | | |
| Correo electrónico | | |
| Dirección Domicilio/Barrio | Calle y Nº de casa | Zona |
| | | |

FORMATO Nro. 5

Santa Cruz,de..... 202.....

Señor (a):
.....

GERENTE GENERAL a.i.
SINEC SEGURO INTEGRAL DE SALUD
CAJA DE SALUD SOCIAL
Presente

Ref.: **SOLICITUD DE AFILIACION A BENEFICIARIO/A PAREJA EN UNION LIBRE**

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a usted a fin de solicitar tenga a bien considerar la afiliación de mi pareja....., de años de edad, con Cedula de Identidad N° , con quien convivo hace, actualmenterealiza actividades independientes o con relación de dependencia laboral ycuenta con Seguro Social. Nuestro domicilio particular está ubicado por con numero de telefono.....

Adjunto todos los documentos solicitados por el Ente Gestor de Salud y brindo información fidedigna. En caso de comprobarse que lo informado es falso, AUTORIZO al SINEC Seguro Integral de Salud, Caja de Salud Social se aplique las sanciones que correspondan, comprometiéndome a devolver el costo total de las prestaciones médicas recibidas de manera indebida de mi beneficiario/a.

Así mismo una vez afiliado (a) mi pareja, me comprometo a cumplir con todas las normas institucionales.

Sin otro particular, saludo a Usted atentamente:

Firma del o la Asegurado (a) titular

C.I.

DATOS PERSONAL DEL(A) ASEGUrado/A TITULAR

| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| | | |
| Empresa | Fecha de ingreso a la Empresa | Cargo que desempeña |
| | | |
| Nº Telf. Domicilio | Nº Telef. Oficina | Nº Celular |
| | | |
| Correo electrónico | | |
| Dirección Domicilio/Barrio | Calle y Nº de casa | Zona |
| | | |

FORMATO Nro. 6

CONSTANCIA DE INFORMACION AL ASEGURADO/A SOBRE NORMAS INSTITUCIONALES

Su seguro SINEC, es un Ente Gestor de salud, que brinda prestaciones en especie a sus asegurados, que dichos servicios consideren indispensables para la curación, o sea a la necesaria asistencia médica y dental, general y especializada, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de medicamentos que requiera el estado del enfermo. (Los medicamentos están registrados en el LINAME).

El SINEC, Seguro Integral de Salud, Ente Gestor del Seguridad Social, se rige a normas del Estado, como ser:

- Código de Seguridad Social
- Reglamento de afiliación y Re-afiliación de la ASUS
- Reglamento Prestaciones y de afiliación y Re-afiliación del Sinec

Firma del o la Asegurado (a) titular

C.I.

DATOS PERSONALES DEL(A) ASEGURADO/A TITULAR

| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| | | |
| Empresa | Fecha de ingreso a la Empresa | Cargo que desempeña |
| | | |
| Nº Telf. Domicilio | Nº Telef. Oficina | Nº Celular |
| | | |
| Correo electrónico | | |
| Dirección Domicilio/Barrio | Calle y Nº de casa | Zona |
| | | |



MANUAL DE PROCESOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS ESPOSA (O), CONVIVIENTE, HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS, PADRE Y/O MADRE

FORMATO Nro. 7

CONSTANCIA DE INFORMACION AL ASEGURADO/A SOBRE NORMAS INSTITUCIONALES

Su seguro SINEC, es un Ente Gestor de salud, que brinda prestaciones en especie a sus asegurados, que dichos servicios consideren indispensables para la curación, o sea a la necesaria asistencia médica y dental, general y especializada, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de medicamentos que requiera el estado del enfermo. (Los medicamentos están registrados en el LINAME).

El SINEC, Seguro Integral de Salud, Ente Gestor del Seguridad Social, se rige a normas del Estado, como ser:

Me es grato dirigirme a usted a fin de solicitar tenga a bien considerar la afiliación de mi pareja de años de edad, con Cedula de Identidad N°, con quien convivo hace, actualmente realiza actividades independientes o con relación de dependencia laboral y no cuenta con Seguro Social. Nuestro domicilio particular está ubicado por con numero de telefono.....

Adjunto todos los documentos solicitados por el Ente Gestor de Salud y brindo información fidedigna. En caso de comprobarse que lo informado es falso, AUTORIZO al SINEC Seguro Integral

Firma del o la Asegurado (a) titular

C.I.

DATOS PERSONAL DEL(A) ASEGURADO/A TITULAR

| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| | | |
| Empresa | Fecha de ingreso a la Empresa | Cargo que desempeña |
| | | |
| Nº Telf. Domicilio | Nº Telef. Oficina | Nº Celular |
| | | |
| Correo electrónico | | |
| Dirección Domicilio/Barrio | Calle y Nº de casa | Zona |

FORMATO Nro. 8



SOLICITUD DE SEGURO Y DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

Sírvase llenar este formulario y realice su declaración con toda tranquilidad y franqueza, si tiene alguna enfermedad, manifiéstela de forma clara y detallada. La falta de declaración completa y verdadera llevará a una evaluación equivocada de su salud. En todo caso, una declaración auténtica nunca será discutida por el SINEC, que tomó conocimiento del riesgo aceptado.

1) DATOS DEL TITULAR:

Nombres y apellidos:

Lugar de nacimiento:

Sexo: M F Estado Civil:

Cédula de Identidad:

Dirección de la residencia habitual o domicilio legal:

Barrío:

Teléfonos:

Nombre de la Empresa o Institución de trabajo:

Fecha de nacimiento:

(D/M/A)

Edad:

Ocupación:

Nacionalidad:

Ciudad:

Calle y Nº:

Celular:

Departamento:

E-mail:

2) DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

2.1 De acuerdo a su conocimiento

SI NO *EN CASO AFFIRMATIVO DETALLAR

- a) ¿Practica Ud. alguno de los siguientes deportes: Paracaidismo, Andinismo, Montañismo, Alas Delta, Buceo, Carreras de Velocidad (Auto/Moto), Salto Elástico u otro?

- b) Indique detalladamente lo siguiente:

Estatura: _____ Mts Peso: _____ Kg
Alta Baja Normal Ignora

- c) Su presión arterial es:

- d) ¿Fuma Usted? ¿Cuánto fuma diariamente?

- e) ¿Deja de fumar? ¿Cuánto fumaba diariamente?

- f) ¿Ingiere usted vino, licores, cerveza u otras bebidas alcohólicas? Indique la frecuencia

- g) ¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción? Especifique

- h) ¿En los últimos 5 años se ha practicado algún examen?

i) ¿Cuáles?: Sangre Orina Electrocardiograma Rayo X Otro (Especifique) _____

Resultados

Motivo

Fecha (____/____/____)

SI NO *EN CASO AFFIRMATIVO DETALLAR

- j) ¿Ha sido hospitalizado? Indique diagnóstico _____ Fecha (____/____/____)

- k) ¿Ha sufrido algún accidente que haya requerido ser tratado por médicos?

- l) ¿Ha sido sometido a intervención quirúrgica? Especifique Fecha (____/____/____)

- m) ¿Tiene Ud. hospitalización pendiente? Indicar

- n) ¿Está Ud. actualmente sometido a algún tratamiento o terapia o tomando medicamentos de cualquier tipo? Especifique Fecha (____/____/____)

2.2 Ha padecido o tiene conocimiento de sufrir de:

SI NO *EN CASO AFFIRMATIVO DETALLAR

- o) ¿Vértigos, convulsiones, epilepsia, parálisis, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos o jaquecas?

- p) ¿Tos crónica, enfisema, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio?

- q) ¿Presión alta, soplos en el corazón, arritmia u otras enfermedades del corazón?

- r) ¿Cálculo en el riñón, próstata o vías urinarias, o cualquier otra enfermedad relacionada a la vejiga y vías urinarias?

- s) ¿Artritis, reumatismo, columna, huesos, músculos o extremidades o cualquier otra enfermedad relacionada a las articulaciones?

**MANUAL DE PROCESOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS
ESPOSA (O), CONVIVIENTE, HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS, PADRE
Y/O MADRE**



| | SI NO EN CASO AFFIRMATIVO DETALLAR: |
|---|--|
| s) ¿Hemofilia, alteraciones de coagulación, hemorragias persistentes o cualquier otra enfermedad relacionada de la sangre? | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| t) ¿Bocio, colesterol elevado, enfermedad de las glándulas endocrinas? | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| u) ¿Cáncer, quistes, úlcera varicosa u otras enfermedades de igual naturaleza, hernias de cualquier tipo? | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| v) ¿El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA? | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| w) ¿Se ha realizado el test diagnóstico de SIDA? Fecha (dd/mm/aa) | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| x) ¿Tiene Ud. alguna anomalía de constitución, deformación, amputación u otro defecto físico? | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| y) ¿Tiene Ud. conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario? | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| z) Cuando se trate de mujer: ¿Se encuentra embarazada? | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si su respuesta es positiva. ¿De cuántos meses? ¿Su embarazo ha evolucionado sin problemas? ¿Cuántos partos o cesáreas ha tenido? | |
| Partos: Fecha del último: _____ Cesáreas: _____ Fecha de la última: _____ | |
| ¿Cuándo se realizó el último Papícolesou? Fecha: _____ Resultado: _____ | |

Autorizo a SINEC, a solicitar informes sobre mi salud, tanto a médicos que me han asistido o me asistan en el futuro, como a cualquier institución médica a dar informes sobre mi historia clínica, en tanto se relacione con este seguro. Todas las declaraciones e informes dados en este documento son ciertos y servirán de base para mi historia clínica con SINEC sujeto a las condiciones generales y particulares.

Aclaración de Firma:

Firma del Asegurado

Lugar y Fechas: _____

FORMATO Nro. 9

FICHA TECNICA AFILIACION PADRE/MADRE- SINEC

FECHA: / /202.....

TITULAR ASEGURADO (A):

NOMBRE COMPLETO:

N° CI.: FECHA NAC.: EDAD:

ESTADO CIVIL: ESTUDIOS:

NACIONALIDAD: N° CARNET DE ASEG.:

.N° TELF.: CORREO ELECTRONICO:

DOMICILIO:

CASA PROPIA: ALQUILER: ANTICRETICO: OTROS:

CON QUIENES RESIDE EN SU DOMICILIO:

EMPRESA: CARGO:

DIRECCION LABORAL:

POSIBLE BENEFICIARIO (A):

NOMBRE COMPLETO:

N° CI.: FECHA NAC.:

EDAD: ESTADO CIVIL:

NACIONALIDAD: ESTUDIOS:

N° CARNET DE ASEG.: N° TELF.:

DOMICILIO:

CASA PROPIA: ALQUILER: ANTICRETICO: OTROS:

CON QUIENES RESIDE EN SU DOMICILIO:

OCCUPACIÓN ACTUAL: INGRESOS BS.:

LUGAR/FECHA DE ULTIMO TRABAJO:

ASEGURADO ANTES: RENTA:

BIEN INMUEBLE A SU NOMBRE: QUIENES LO HABITAN:

DEPENDENCIA ACTUAL DE: N° DE HIJOS/OCCUPACIÓN:

NOMBRE Y FIRMA PERSONA QUE EMITIO LA INFORMACIÓN:

FORMATO Nro. 10

FICHA TECNICA AFILIACION UNIÓN LIBRE- SINEC

FECHA:/...../202.....

TITULAR ASEGURADO (A):

NOMBRE COMPLETO:

Nº CI.: FECHA NAC.: EDAD:

ESTADO CIVIL: ESTUDIOS:

NACIONALIDAD: N° CARNET DE ASEG.:

.N° TELF.: CORREO ELECTRONICO:

DOMICILIO:

CASA PROPIA: ALQUILER: ANTICRETICO: OTROS:

CON QUIENES RESIDE EN SU DOMICILIO:

EMPRESA: CARGO:

DIRECCION LABORAL:

POSIBLE BENEFICIARIO (A):

NOMBRE COMPLETO:

Nº CI.: FECHA NAC.: EDAD:

ESTADO CIVIL: ESTUDIOS:

NACIONALIDAD: N° CARNET DE ASEG.:

.N° TELF.: DOMICILIO:

CASA PROPIA: ALQUILER: ANTICRETICO: OTROS:

CON QUIENES RESIDE EN SU DOMICILIO:

BIEN INMUEBLE A SU NOMBRE: QUIENES LO HABITAN:

OCCUPACIÓN ACTUAL: INGRESOS BS:

LUGAR/FECHA DE ULTIMO TRABAJO:

ASEGURADO ANTES: RENTA:

DEPENDENCIA ACTUAL DE: N° DE HIJOS/OCUPACIÓN:

NOMBRE Y FIRMA PERSONA QUE EMITIO LA INFORMACIÓN: