

**RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 09/2021**  
**DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD "SINEC"**

a, 19 de mayo de 2021

**VISTOS:**

Mediante Comunicación Interna JP/C.I./036/2021, se remite el **"REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN"** adjuntando toda documentación que ver convino se tuvo presente; y

**CONSIDERANDO:**

Que, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia establece en su artículo 37 *"El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades"*.

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 seguridad social 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, 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"**.

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 *"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 Decreto Ley 1321 en su artículo 2, establece: *Todo empleador está obligado a registrarse en la Entidad Gestora de acuerdo con el "Código de Ramas de Actividad Económica" para lo cual utilizará el formulario de "AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR".*

Que, el Decreto Supremo 3008 de 07 de diciembre de 2016, en su Artículo Único. -modifica el Parágrafo III del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 25714, de 23 de marzo de 2000, con el siguiente texto: *"III. El incumplimiento o el retraso en la presentación del "Aviso de Baja de Asegurado" se sancionará con una multa del cinco por ciento (5%) del salario cotizante del trabajador del mes anterior a su desvinculación."*

Que, el artículo 117 del Reglamento del Código de la Seguridad Social establece: *"Todo empleador sujeto al campo de aplicación del Código tiene la obligación, a tiempo de contratar a sus trabajadores, de constatar su estado de salud mediante los exámenes médicos, radiográficos y de laboratorio que se transcribirán en el respectivo "Certificado de Salud de Ingreso". El original y una copia de dicho Certificado serán remitidos a la Administración Regional de la Caja con el respectivo "Parte de Ingreso".*

Que, mediante Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo de 2018 se crea la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo, cuya denominación es "ASUSS", con la finalidad de regular, controlar, supervisar y fiscalizar la Seguridad Social de Corto Plazo, en base a sus principios, protegiendo los intereses de los trabajadores asegurados y beneficiarios, en el marco del Código de Seguridad Social su Reglamento y normas conexas

Que, dentro de las atribuciones de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo ASUSS, establece en su inciso b) artículo 11 "Emitir normativa regulatoria para la Seguridad Social de Corto Plazo" (...)

Que, el Reglamento Específico de Afiliación, Reafiliación y Desafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo – ASUSS, Aprobado mediante Resolución administrativa N° 065/2018, del 20 de noviembre del 2018, establece en su Artículo 1 *"El Reglamento tiene como objeto regular y normar los procesos de Afiliación, Reafiliación y Desafiliación de empresas, instituciones y personas en el Seguro Social de Corto Plazo, en estricto cumplimiento del Artículo 11 inciso bb) del Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo de 2018".*

*Que, en el reglamento ya citado en su artículo 23 establece: Del examen pre ocupacional y post ocupacional: a) De conformidad al Art. 117 del Reglamento del Código de la Seguridad Social, el Empleador está en la obligación de constatar el estado de salud de sus trabajadores al ingreso y*

retiro; **b)** Se establece como monto máximo de pago del examen pre ocupacional y post ocupacional la suma de 200 UFV's; **c)** El monto del examen pre ocupacional y post ocupacional, será cubierto íntegramente por el empleador; **d)** El examen post-ocupacional deberá ser realizado antes de la desvinculación laboral.

#### **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 desconcentrada, tal y como lo señala el Art. 2, que 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 "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, en atención a la nota de la Jefe de Planificación del Seguro Integral de Salud – SINEC, mediante Comunicación Interna JP/C.I./036/2021, remite para su validación y aprobación el "Reglamento de Seguro y Afiliación", el mismo que ha sido elaborado por la Unidad de Planificación en coordinación con el área de Afiliación y el Encargado de Seguro y Vigencia de Derecho.

Que, el Reglamento de Seguro y Afiliación en su artículo 1 objetivo: tiene el de "establecer un marco normativo, compuesto de principios, disposiciones y procedimientos que permitan operativizar y garantizar el adecuado manejo de los recursos, definiendo los costos de los exámenes post y pre ocupacional; multas a las instituciones o empresas afiliadas que no reporten sus bajas en los tiempos establecidos; costos de formularios; definición de requisitos y descripción de procesos del área de afiliación y Seguro y Vigencia de Derechos; con el fin de optimizar los recursos y definir responsabilidades que mejoren la gestión institucional".

Que, el Proyecto de "Reglamento de Seguro y Afiliación", se encuentra compuesto por un total de tres (3) Capítulos y Veintiuno (21) artículos y tres (3) Anexos.

Que, de la revisión y análisis efectuados a los antecedentes y normativa legal aplicable al presente caso se tiene que, el presente "Reglamento de Seguro y Afiliación", ha sido elaborado de acuerdo a la organización administrativa de la institución, por lo que corresponde su aprobación a través de Resolución Administrativa.

Que, el Decreto Supremo N° 26474 del 22 de diciembre del 2001, es la norma jurídica que regula la creación y funcionamiento del Seguro Integral de Salud - SINEC, en este sentido, y al amparo de lo establecido en los incisos a) c), y o) del Artículo 18° (Funciones) 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"; "Cumplir y hacer cumplir las normas legales establecidas y otras disposiciones institucionales para llevar adelante la misión institucional y funcionamiento del SINEC"; y "Otras que el permitan el cumplimiento de sus funciones".*

#### **POR TANTO:**

La Gerente General es la máxima autoridad ejecutiva **del Seguro Integral de Salud SINEC** establecidas y otorgadas por el artículo 15, en uso de sus legítimas funciones señaladas en el artículo 18 del Decreto Supremo de creación del SINEC N° 26474 de fecha 22 de diciembre del 2001.

#### **RESULEVE:**

##### **ARTÍCULO PRIMERO:**

**APROBAR** el **"REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN"**, del Seguro Integral de Salud SINEC, compuesto por: Tres (3) Capítulos y Veintiuno (21) artículos y Tres (3) Anexos consistentes en:

Anexo 1: Requisitos para Afiliación

Anexo 2: Notificación

Anexo 3: a) Aviso Afiliación del Trabajador; b) Aviso Reingreso del Trabajador; c) Aviso de Baja del Asegurado; d) Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica).

Asimismo, se establece que los incisos a), b) y c) del Anexo 3, entraran en vigencia a partir de enero de la gestión 2022.

##### **ARTÍCULO SEGUNDO:**

**INSTRUIR** que el **"REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN"**, es de cumplimiento y aplicación obligatoria por las áreas y unidades organizacionales del SINEC, que tengan responsabilidades definidas en el presente documento y las empresas o instituciones afiliadas al Seguro Integral de Salud – SINEC

**ARTÍCULO TERCERO:**

Quedan encargadas de la verificación de la aplicación, cumplimiento y seguimiento del presente "REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN", la Gerencia de Servicio General en coordinación con el área de Gestión de Calidad y por Auditoría Interna del SINEC.

**ARTÍCULO CUARTO:**

Queda como responsable de la difusión del presente "REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN" el área de Planificación realizara la difusión a las áreas organizacionales dependientes del SINEC; y el área de Relaciones Publicas realizara la difusión a las instituciones y empresas afiliadas al SINEC.

**ARTÍCULO QUINTO:**

Se abroga el Reglamento de Seguro y Afiliación aprobado mediante Resolución Administrativa N° 05, el 18 de enero de 2021 y se abrogan y derogan las disposiciones internas contrarias a la presente Resolución Administrativa.

**ARTÍCULO SEXTO:**

La presente Resolución Administrativa entra en vigencia a partir del 19 de mayo del presente año.

**REGISTRESE, NOTIFIQUESE Y ARCHÍVESE.**



Lic. Yanette Cespedes Mendoza

**GERENTE GENERAL a.i.**

Lic. Yanette Cespedes Mendoza  
GERENTE GENERAL a.i.  
Sinec  
Santa Cruz



# **REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN**

Aprobado con Resolución Administrativa Nro. 009/2021  
de fecha 19 de mayo de 2021

SANTA CRUZ - BOLIVIA

## INDICE

<b>CAPITULO I</b>	<b>2</b>
<b>ASPECTOS GENERALES.....</b>	<b>2</b>
Artículo 1º <i>Objetivo .....</i>	2
Artículo 2º <i>Base Legal.....</i>	2
Artículo 3º <i>Ámbito de Aplicación .....</i>	3
Artículo 4º <i>Aprobación y Vigencia .....</i>	3
Artículo 5º <i>Difusión .....</i>	3
Artículo 6º <i>Verificación.....</i>	3
Artículo 7º <i>Sanciones por Incumplimiento.....</i>	3
<b>CAPITULO II</b>	<b>3</b>
<b>DEFINICION DE COSTO, VALIDES, REQUISITOS Y MULTAS.....</b>	<b>3</b>
Artículo 8º <i>Costo de los Exámenes Post ocupacional y Pre ocupacional.....</i>	3
Artículo 9º <i>Vigencia y Revalidación del Comprobante de Pago.....</i>	3
Artículo 10º <i>Valides del Examen Post y Pre ocupacional.....</i>	4
Artículo 11º <i>Formularios y Talonarios.....</i>	4
Artículo 12º <i>Requisitos para Afiliación .....</i>	4
Artículo 13º <i>Requisitos para Dar de Baja a un Asegurado.....</i>	4
Artículo 14º <i>Las Instituciones o Empresas Afiliadas que no Reporten sus Bajas en los Tiempos Establecidos.....</i>	5
Artículo 15º <i>Empresas o Instituciones con Aportes en Mora.....</i>	5
Artículo 16º <i>Atención de Asegurados de Empresas o Instituciones con Aportes en Mora .</i>	5
Artículo 17º <i>Falta de Documentación para la Afiliación .....</i>	5
Artículo 18º <i>Atención del Titular o Beneficiario por Emergencia Cuando se Encuentra con Suspensión para la Prestación del servicio.....</i>	6
Artículo 19º <i>Vigencia del Seguro para Beneficiaria (o) Mayores a 19 Años.....</i>	6
<b>CAPITULO III</b>	<b>7</b>
<b>PROCESOS</b>	<b>7</b>
Artículo 20º <i>Proceso de Notificación para la Baja del Asegurado cuando lo Retiran de la Empresa o Institución .....</i>	7
Artículo 21º <i>Proceso de Baja en el Sistema del SINEC Cuando Muere el Asegurado Titular en la Clínica .....</i>	8

### CAPITULO I ASPECTOS GENERALES

#### Artículo 1º Objetivo

El presente Reglamento tiene como objetivo establecer un marco normativo, compuesto de principios, disposiciones y procedimientos que permitan operativizar y garantizar el adecuado manejo de los recursos, definiendo los costos de los exámenes post y pre ocupacional; multas a las instituciones o empresas afiliadas que no reporten sus bajas en los tiempos establecidos; costos de formularios; definición de requisitos y descripción de procesos del área de afiliación y Seguro y Vigencia de Derechos; con el fin de optimizar los recursos y definir responsabilidades que mejoren la gestión institucional.

#### Artículo 2º Base Legal

El presente Reglamento, está sustentado por la siguiente base legal:

- a) Constitución Política del Estado, de fecha 7 de febrero de 2009.
- b) Ley N° 1178, de Administración y Control Gubernamentales y sus Reglamentos, de fecha 20 de julio de 1990.
- c) Ley N° 31, Marco de Autonomías y Descentralización, de fecha 19 de julio de 2010.
- d) Ley Financial que aprueba el Presupuesto Institucional.
- e) Decreto Supremo Nro. 21364, Reglamento a Ley Financial, de fecha 20 de agosto de 1986.
- f) Decreto Supremo Nro.23318-A, de Responsabilidad por la Función Pública, de fecha 3 de noviembre de 1992.
- g) Decreto Supremo Nro. 26237 de Modificación al Reglamento de Responsabilidad por la Función Pública de fecha 29 de junio de 2001.
- h) Decreto Supremo Nro. 181, Normas Básicas del Sistema de Bienes y Servicios, de fecha 28 de junio de 2009 y su Reglamento.
- i) Resolución Suprema Nro. 222957, Normas Básicas del Sistema de Contabilidad Gubernamental Integrada, de fecha 4 de marzo de 2005.
- j) Resolución Suprema Nro. 225558, Normas Básicas del Sistema de Presupuesto, de fecha 01 de diciembre de 2005.
- k) Resolución Suprema CGR 1/070/2000, Principios, Normas Generales y Normas Básicas de Control Interno Gubernamental, de fecha 21 de septiembre 2000.
- l) Directrices para el Cierre de Gestión.
- m) Resolución Ministerial Nro. 1729, de aprobación de Escala Salarial de fecha 23 de diciembre de 2019.
- n) Resolución de Directorio Nro. 008/2019, de aprobación de Escala Salarial del Seguro Integral de Salud SINEC, de fecha 14 de agosto de 2019.
- o) Decreto Supremo Nro. 25714, que regula la efectivización y cumplimiento de las cotizaciones devengadas a los entes gestores, de fecha 23 de marzo de 2000.
- p) Ley Nro. 890, modificatoria al Decreto Ley Nro. 13214, contenido del Aviso de Baja de Asegurado, de fecha 26 de enero de 2017.
- q) Decreto Supremo Nro. 3008, modifica el Decreto Supremo Nro. 25714, el incumplimiento o el retraso en la presentación del "Aviso de Baja de Asegurado, de fecha 07 de diciembre de 2016.



**Artículo 3º    Ámbito de Aplicación**

El presente Reglamento es de cumplimiento y aplicación obligatoria por las áreas y unidades organizacionales del SINEC, que tengan responsabilidades definidas en el presente documento y las empresas o instituciones afiliadas al Seguro Integral de Salud – SINEC.

**Artículo 4º    Aprobación y Vigencia**

El presente Reglamento será aprobado por la Gerencia General, mediante disposición expresa.

**Artículo 5º    Difusión**

La difusión del presente apartado será responsabilidad del área de Planificación del SINEC.

**Artículo 6º    Verificación**

El grado de aplicación del presente Reglamento podrá ser verificado por la Gerencia de Servicio General, el área de Gestión de Calidad y por Auditoría Interna del SINEC., de acuerdo a disposiciones legales en vigencia.

**Artículo 7º    Sanciones por Incumplimiento**

El incumplimiento u omisión de lo dispuesto en el presente documento, generará responsabilidad por la función pública de acuerdo a lo establecido en capítulo V de Responsabilidad por la Función Pública de la Ley N° 1178 de 20 de julio de 1990 de Administración y Control Gubernamentales, la Ley Marcelo Quiroga Santa Cruz y los Decretos Supremos Reglamentarios pertinentes y disposiciones conexas.

**CAPITULO II  
DEFINICION DE COSTO, VALIDES, REQUISITOS Y MULTAS**

**Artículo 8º    Costo de los Exámenes Post ocupacional y Pre ocupacional**

El costo del examen post ocupacional será de 200 UFV. - y tendrá una vigencia de 2 meses.

Para el examen pre ocupacional será de 200 UFV. - y tendrá una vigencia de 1 año.

**Artículo 9º    Vigencia y Revalidación del Comprobante de Pago**

El comprobante de pago por cualquier examen ya sea post ocupacional o pre ocupacional, tendrá una vigencia de 90 días calendario, durante la gestión, siendo automáticamente inválido pasada esta fecha para ser utilizada.

Pudiendo ser revalidado el comprobante de pago en la gestión que fue emitido, previo proceso de autorización por el área de contabilidad.

Su revalidación solo será autorizada a nombre de la misma persona que figura en el comprobante; no pudiendo ser utilizado por otra persona.

### **Artículo 10º Valides del Examen Post y Pre ocupacional**

Si fuera el caso de que un funcionario o trabajador; le dieran una baja y posteriormente contratado en el periodo de 60 días calendario en la misma gestión y en la misma institución, el examen post ocupacional, servirá para realizar el pre ocupacional, pagando un costo de Bs. 100.- (Cien 00/100 bolivianos) para su llenado del formulario con los datos de la historia médica y por ende su validación.

### **Artículo 11º Formularios y Talonarios**

Los diferentes formularios que se manejan tendrán el siguiente costo de acuerdo al detalle siguiente:

DETALLE	TALONARIO (10 UNIDADES) (Bolivianos)	TALONARIO (25 UNIDADES) (Bolivianos)	TALONARIO (50 UNIDADES) (Bolivianos)
Formulario de Aviso de Afiliación del Trabajador	30	50	90
Formulario de Aviso de Reingreso del Trabajador	30	50	90
Formulario de Aviso de Baja del Asegurado	30	50	90
Formulario de Pago de Aportes	30	50	90

Debiendo ser Responsabilidad de la administración hacer los descargos el área de Contabilidad.

Se encuentran como Anexo 3 los siguientes Formularios:

- ✓ Aviso de Afiliación del Trabajador
- ✓ Aviso de Reingreso
- ✓ Aviso de Baja del Asegurado
- ✓ Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica)

Todos los formularios no tienen costo para el manejo institucional.

### **Artículo 12º Requisitos para Afiliación**

El área de Afiliación deberá realizar una revisión detallada de los documentos que acompañan el proceso de afiliación, debiendo verificar la documentación de acuerdo a los requisitos establecidos por cada caso, que se encuentran en el Anexo 1, del presente documento.

Siendo responsabilidad del orden y la habilitación del que recibe y procesa la información.

### **Artículo 13º Requisitos para Dar de Baja a un Asegurado**

El área de Afiliación deberá realizar una revisión detallada de los documentos que acompañan el proceso de desafiliación, debiendo verificar la siguiente documentación que debe acompañar el proceso:

- Listado del personal con baja. (original)
- Comprobante del Pago por examen post ocupacional (original)
- Baja del Seguro(original)
- Fotocopia de Carnet de Identidad. (copia)

El responsable del orden y la habilitación será del que recibe y procesa la información.

### **Artículo 14º Las Instituciones o Empresas Afiliadas que no Reporten sus Bajas en los Tiempos Establecidos**

Las empresas e instituciones que no reporten las bajas en el plazo de 30 días calendarios como lo establece el artículo 8 de la Ley 890 de fecha 26 de enero 2017, y el trabajador de su empresa haya utilizado las prestaciones de salud en el SINEC, fuera del periodo de cesantía; estas deberán ser cubiertas por el empleador, toda vez que es responsabilidad de este dar cumplimiento a lo establecido en la norma.

### **Artículo 15º Empresas o Instituciones con Aportes en Mora**

Las empresas e instituciones que se evidencia que tienen 2 meses de aportes en mora, el área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC., procederá al corte de atenciones en la consulta externa a los asegurados hasta que regularice el pago del mismo.

### **Artículo 16º Atención de Asegurados de Empresas o Instituciones con Aportes en Mora**

De acuerdo al artículo 49, del “Reglamento Único de Afiliación y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo” establece que las empresas en mora, deberán pagar el doble del costo de los servicios prestados a sus afiliados.

### **Artículo 17º Falta de Documentación para la Afiliación**

- I. En caso de atención médica por enfermedad o accidente de un trabajador, por quien el empleador no hubiese presentado el Formulario “Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador”, al SINEC., pese a encontrarse al día en sus aportes, el costo de las prestaciones será pagado por el empleador, independientemente de las sanciones económicas que corresponden por incumplimiento de la obligación de afiliación.

En caso que el trabajador de la institución o empresa, decida iniciar su proceso de afiliación por su propia cuenta, este se debe presentar al área de afiliación del SINEC., con el Formulario “Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador”, para que esta proceda a programar los exámenes y visita con el médico, así como emitir la orden de laboratorio y rayos x, de acuerdo a disponibilidad de espacio.

El área de Afiliación, recibido el Formulario “Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador”, deberá apertura la carpeta (file) de afiliación, resguardando el mismo en la carpeta.

- II. Si el empleador hubiera presentado el Formulario “Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador”, al área de Afiliación del SINEC., y el titular del derecho no haya procedido a su afiliación; el SINEC previa comprobación de aportes, otorgara las prestaciones y concederá en el plazo de cinco (5) días hábiles al trabajador para que concrete el trámite de su afiliación.

El plazo puede ampliarse a solicitud escrita del asegurado, justificando las causas que motivan el atraso.

La notificación estará a cargo del personal del área Recepción de la Dirección de Clínica, debiendo llenar el Formulario de Compromiso de Pago y dar cumplimiento al Manual de Procesos para Generar el Compromiso de Pago por Atención en Emergencia.

El incumplimiento a la falta de actualización de documentación del beneficiario, una vez notificado, dará lugar al cobro de las prestaciones como un paciente particular, debiendo el área Recepción de la Dirección de Clínica, proceder al llenado del Formulario de Compromiso de Pago y dar cumplimiento al Manual de Procesos para Generar el Compromiso de Pago por Atención en Emergencia.

### **Artículo 18º Atención del Titular o Beneficiario por Emergencia Cuando se Encuentra con Suspensión para la Prestación del servicio**

El personal de Recepción de la Dirección de Clínica, una vez identificado la suspensión de las prestaciones al asegurado titular o beneficiario, emitirá la notificación para que proceda a la regularización de la misma.

El incumplimiento a la falta de actualización de documentación del beneficiario, una vez notificado, dará lugar al cobro de las prestaciones como un paciente, particular, debiendo el área Recepción de la Dirección de Clínica, proceder al llenado del Formulario de Compromiso de Pago y dar cumplimiento al Manual de Procesos para Generar el Compromiso de Pago por Atención en Emergencia.

### **Artículo 19º Vigencia del Seguro para Beneficiaria (o) Mayores a 19 Años**

La vigencia del seguro para beneficiarios (as) mayores de 19 años que se encuentren con seguro activo habilitado como beneficiarios, con el fin de mantener la vigencia de la prestación del servicio el mismo finalizada la gestión, deberán realizar la presentación de la boleta de inscripción o **certificado de estudio** o declaración jurada o documento que acredite y certifique que es un estudiante activo.

En caso de no poder presentar ninguno de estos requisitos, deberá solicitar por escrito justificando la imposibilidad de la presentación, mismo que será analizado por la autoridad competente y si procede se notificará.

### CAPITULO III PROCESOS

#### **Artículo 20º Proceso de Notificación para la Baja del Asegurado cuando lo Retiran de la Empresa o Institución**

##### **a) Empresa o Institución Afiliadas:**

De manera oficial deberá reportar los siguientes datos del responsable asignado por la empresa o institución el nombre y apellido y el correo oficial del funcionario; que tendrá el nexo con la institución siendo la voz oficial de la institución con el ente gestor de salud –SINEC., debiendo actualizar el mismo cada que se cambien la titularidad al Área de Afiliación del SINEC.

Entrega a través de correo oficial al **área de Afiliación** el reporte de las bajas por retiro; debiendo remitir de manera oficial en plazo no mayor de 30 días calendario posterior a la baja.

Adjuntando la siguiente documentación de respaldo si fuera digital es escaneada y si fuera de manera física de la siguiente documentación:

- Listado del personal con baja. (original)
- Comprobante del Pago por examen pos ocupacional (original) (por funcionario)
- Baja del Seguro(original) (por funcionario)
- Fotocopia de Carnet de Identidad. (copia) (por funcionario)

El incumpliendo a lo establecido dará lugar a contabilizar la multa correspondiente conforme a norma.

En paralelo deberá hacer llegar de manera oficial el reporte enviado por correo de manera física con el fin de respaldar la solicitud, debiendo coincidir lo digital con la presentación física; el envío por correo no excluye su presentación oficial, dentro los plazos establecidos conforme a norma.

##### **b) Área de Afiliación**

Recibe el oficio de la institución o empresa con los datos del funcionario o trabajador asignado (nombre y apellido; correo del personal y otro dato relevante), registra en su base de correos oficiales de contacto con la institución, debiendo mantener actualiza la base de correo con cada cambio requerido.

Recibe la información de baja de él o los trabajadores afiliados ya sea por correo o de manera oficial y procede a la baja en sistema y coloca el plazo de la cobertura del seguro previsto de acuerdo a norma; notificando a la empresa o institución mediante correo; con copia a Gerencia de Servicios Generales y al área de Seguro y Vigencia de Derechos y finaliza el proceso.

Cuando la información de las bajas no llega en los plazos establecidos, debe realizar un reporte de todas las bajas del mes por empresa y entregar al área de Seguro y Vigencia de Derechos con hoja de ruta; para su cuantificación.

La unidad de afiliación debe realizar la verificación de planillas otorgadas por la unidad de Vigencia de Derecho cada 2 meses, para identificar trabajadores que no aportan, debe realizar el bloqueo respectivo y notificar a la empresa el incumplimiento de la presentación de la baja respectiva.

**c) Área de Seguro y Vigencia de Derechos**

Recibe el reporte, procede a cuantificar la multa y envía notificación a la empresa vía correo con copia a Gerencia de Servicios Generales y al área de Afiliación.

Paralelamente en plazo de 24 horas posterior al envío del correo; deberá elaborar él o los proyectos de oficios de solicitud de cobro para la empresa o institución que son acreedoras de multa, para consideración de la Gerencia de Servicios Generales.

**d) Gerencia de Servicios Generales**

Recibe el proyecto de oficio, verifica y si está de acuerdo procede a la notifica oficial del cobro, con el reporte de la multa a la empresa o institución.

Envía con copia al Área de Contabilidad, para su debido proceso correspondiente.

**e) Empresa o Institución Afiliadas:**

Recibe la notificación y una vez realizado el pago de la multa, presenta el comprobante al SINEC., al área de Caja dependiente de Contabilidad y finaliza el proceso.

**Artículo 21º Proceso de Baja en el Sistema del SINEC Cuando Muere el Asegurado Titular en la Clínica**

**a) Dirección de Clínica del SINEC:**

Cuando exista baja por deceso (fallecimiento) de un asegurado en la Clínica del SINEC, se deberá notificar a través de correo oficial al área de Afiliación, con un plazo máximo de 24 horas posterior al deceso; adjuntando el certificado de óbito del asegurado fallecido escaneado.

Paralelamente deberá hacer llegar de manera oficial la documentación.

En caso de tener beneficiarios, se notificará oficialmente llenando el Formulario de Notificación, (Anexo 2) y deberá hacer firmar el mismo, como constancia de la notificación.

**b) Área de Afiliación:**

Recibe la notificación por correo y procede a llenar en el sistema del SINEC., la baja, con el estado que corresponde del afiliado.

En caso de tener beneficiarios, se coloca en el sistema los plazos que le corresponde como derecho habiente de la cesantía.

La documentación recibida de manera oficial, quedara en resguardo del área para fines de control posterior.

### ANEXO 1

AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nro.	DETALLE	ESTADO	CANTIDAD
1	Formulario del Ente Gestor de Aviso de Afiliación o Reingreso. (Llenado sellado y firmado por el empleador, representante legal o jefe de recursos humanos)	Original	1
2	Boleta de pago o Memorándum de designación o Contrato laboral (Documento que acredite la relación laboral)	Copia	1
3	Examen médico pre – ocupacional. (Realizado con el médico laboral del Ente Gestor).	Original	1
4	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
5	Certificado de Nacimiento	Original	1
6	Carnet de Identidad	Copia	1
7	Fotos Fondo Azul (3x3)	Original	2
8	Carnet de extranjero o residencia (para ciudadanos extranjeros, si fuera el caso).	Copia	1
9	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1
<p><b>NOTA:</b> LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR ES UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO QUE SE ACTIVA DE MANERA OBLIGATORIA, PARA TODOS LOS ENTES GESTORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL</p>			

AFILIACIÓN DE CONYUGE COMO BENEFICIARIA (O)			
Nro.	DETALLE	ESTADO	CANTIDAD
<b>DOCUMENTOS DEL TITULAR</b>			
1	Carnet de Identidad	Copia	1
2	Boleta de Pago	Copia	1
<b>DOCUMENTOS DEL BENEFICIARIO</b>			
3	Certificado de Nacimiento	Original	1
4	Carnet de Identidad	Copia	1
5	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
6	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
7	Certificado de No Aportes a las AFPs., o Estado de Cuenta Individual. (Emitido por la AFPs actualizado y que demuestre la no pertenencia de relación laboral).	Original	1
<b>OTROS</b>			
8	Certificado de Matrimonio	Original	1
9	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1



<b>AFILIACIÓN DE CONVIVIENTE (UNION LIBRE) COMO BENEFICIARIA (O)</b>			
<b>Nro.</b>	<b>DETALLE</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>DOCUMENTOS DEL TITULAR</b>			
1	Carnet de Identidad	Copia	1
2	Boleta de Pago	Copia	1
<b>DOCUMENTOS DEL BENEFICIARIO</b>			
3	Certificado de Nacimiento	Original	1
4	Carnet de Identidad	Copia	1
5	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
6	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
7	Certificado de No Aportes a las AFPs., o Estado de Cuenta Individual. (Emitido por la AFPs actualizado y que demuestre la no pertenencia de relación laboral).	Original	1
<b>OTROS</b>			
8	Documentación que acredite la unión libre. (Emitido por la autoridad competente).	Original	1
9	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

<b>AFILIACIÓN DE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS COMO BENEFICIARIA (O)</b>			
<b>Nro.</b>	<b>DETALLE</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>DOCUMENTOS DEL TITULAR</b>			
1	Carnet de Identidad	Copia	1
2	Boleta de Pago	Copia	1
<b>DOCUMENTOS DEL BENEFICIARIO</b>			
3	Certificado de Nacimiento	Original	1
4	Carnet de Identidad	Copia	1
5	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
6	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
7	Formulario de Inserción de Beneficiario (Proporcionado por el Área de Afiliación del SINEC)	Original	1
<b>OTROS</b>			
8	Carnet de Identidad del padre o madre (El progenitor que no tenga la titularidad del seguro)	Copia	1
9	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

<b>AFILIACIÓN DE HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS COMO BENEFICIARIA (O)</b>			
<b>Nro.</b>	<b>DETALLE</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>DOCUMENTOS DEL TITULAR</b>			
1	Carnet de Identidad	Copia	1
2	Boleta de Pago	Copia	1
<b>DOCUMENTOS DEL BENEFICIARIO</b>			

3	Certificado de Nacimiento	Original	1
4	Carnet de Identidad	Copia	1
5	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
6	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
7	Certificado de No Aportes a las AFPs., o Estado de Cuenta Individual. (Emitido por la AFPs actualizado y que demuestre la no pertenencia de relación laboral).	Original	1
8	Formulario de Inserción de Beneficiario (Proporcionado por el Área de Afiliación del SINEC)	Original	1
9	Certificado de Solterio	Original	1
10	Certificado de Estudio Universitario (Vigente)	Original	1
<b>OTROS</b>			
11	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

AFILIACIÓN DE HIJOS RECÍEN NACIDOS COMO BENEFICIARIA (O)			
Nro.	DETALLE	ESTADO	CANTIDAD
<b>DOCUMENTOS DEL TITULAR</b>			
1	Carnet de Identidad	Copia	1
2	Boleta de Pago	Copia	1
<b>DOCUMENTOS DEL BENEFICIARIO</b>			
3	Certificado de Nacimiento	Original	1
4	Certificado de Nacido Vivo	Original	1
5	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
6	Formulario de Inserción de Beneficiario (Proporcionado por el Área de Afiliación del SINEC)	Original	1
7	Reconocimiento de Hijo (En caso de no ser casado los padres)	Original	1
<b>OTROS</b>			
8	Carnet de Identidad del padre o madre (El progenitor que no tenga la titularidad del seguro)	Copia	1
9	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1
<p><b>NOTA:</b> EN CASOS EXCEPCIONALES QUE EL RECÍEN NACIDO REQUIERE PRESTACIONES DE EMERGENCIA, EL SINEC OTORGARA UNA ATENCION PROVISORIA HASTA QUE REGULARICE LOS TRAMITES DEL RECÍEN NACIDO. LOS PROGENITORES TIENEN LA OBLIGACIÓN DE AFILIAR AL RECÍEN NACIDO EN UN PLAZO NO MAYOR A 30 DÍAS.</p>			

AFILIACIÓN DE HIJOS MAYORES A 19 AÑOS COMO BENEFICIARIA (O) DE PADRES JUBILADOS			
Nro.	DETALLE	ESTADO	CANTIDAD
<b>DOCUMENTOS DEL TITULAR</b>			
1	Carnet de Identidad	Copia	1
2	Boleta de Pago	Copia	1
<b>DOCUMENTOS DEL BENEFICIARIO</b>			
3	Certificado de Nacimiento	Original	1
4	Carnet de Identidad	Copia	1

5	Fotos Fondo Blanco (3x3)	Original	2
6	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
7	Certificado de No Aportes a las AFPs., o Estado de Cuenta Individual. (Emitido por la AFPs actualizado y que demuestre la no pertenencia de relación laboral).	Original	1
8	Formulario de Inserción de Beneficiario (Proporcionado por el Área de Afiliación del SINEC)	Original	1
9	Certificado de Solterio	Original	1
10	Certificado de Estudio Universitario (Vigente)	Original	1
<b>OTROS</b>			
11	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

AFILIACIÓN DEL ASEGURADO JUBILADO TITULAR			
Nro.	DETALLE	ESTADO	CANTIDAD
<b>DOCUMENTOS DEL TITULAR</b>			
1	Carnet de Identidad	Copia	1
2	Boleta de Pago	Copia	1
3	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
4	Certificado de Nacimiento	Original	1
5	Estado de Cuenta Individual de Aportes de la AFPs.	Original	1
6	Carta de la AFPs (Donde se especifique la certificación de aportes al SINEC)	Original	1
7	Contrato de Jubilación con la AFPs o Resolución del SENASIR	Copia legalizada	1
8	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
<b>OTROS</b>			
9	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

AFILIACIÓN DE PADRES COMO BENEFICIARIA (O)			
Nro.	DETALLE	ESTADO	CANTIDAD
<b>DOCUMENTOS DEL TITULAR</b>			
1	Carnet de Identidad	Copia	1
2	Boleta de Pago	Copia	1
<b>DOCUMENTOS DEL BENEFICIARIO</b>			
3	Carnet de Identidad	Copia	1
4	Certificado de Nacimiento	Original	1
5	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
6	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
7	Certificado de No Aportes a las AFPs., o Estado de Cuenta Individual. (Emitido por la AFPs actualizado y que demuestre la no pertenencia de relación laboral).	Original	1

8	Certificado Negativo de Aporte del SENASIR	Original	1
<b>OTROS</b>			
9	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

AFILIACIÓN DE DERECHO HABIENTE			
Nro.	DETALLE	ESTADO	CANTIDAD
<b>DOCUMENTOS DEL TITULAR</b>			
1	Carnet de Identidad	Copia	1
2	Boleta de Pago	Copia	1
<b>DOCUMENTOS DEL BENEFICIARIO COMO DERECHO HABIENTE</b>			
3	Carnet de Identidad	Copia	1
4	Certificado de Nacimiento	Original	1
5	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
6	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
7	Resolución de Derecho Habiente (AFPs o dictamen de la entidades aseguradas)	Original	1
<b>OTROS</b>			
8	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

**ANEXO 2**

# NOTIFICACION

En la ciudad de \_\_\_\_\_; siendo las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, se procede a la notificación con el presente documento, Mediante la cual se pone en conocimiento, a la o (el) futuro derecho habiente, que habiendo suscita el hecho de fallecimiento del Titular asegurado el mismo deberá cumplir ciertos requisitos, para tener acceso directo al Seguro de Salud de este ente Gestor de Salud del SINEC.

En cumplimiento del Reglamento Específico de Afiliación, Re-afiliación y Desafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo, emitido por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS).

Debiendo de realizar el trámite administrativo, la presentación de los siguientes requisitos:

AFILIACIÓN DE DERECHO HABIENTE			
Nro.	DETALLE	ESTADO	CANTIDAD
<b>DOCUMENTOS DEL TITULAR</b>			
1	Carnet de Identidad	Copia	1
2	Boleta de Pago	Copia	1
<b>DOCUMENTOS DEL BENEFICIARIO COMO DERECHO HABIENTE</b>			
3	Carnet de Identidad	Copia	1
4	Certificado de Nacimiento	Original	1
5	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
6	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
7	Resolución de Derecho Habiente (AFPs o dictamen de la entidades aseguradas)	Original	1
<b>OTROS</b>			
8	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1


**Nota.-** Estos requisitos deberán ser presentados dentro de los 60 días calendario a partir del fallecimiento del titular, pasado el plazo perentorio se tomara como no presentado y se procederá a la debida inhabilitación del sistema de este ente gestor de salud SINEC.


Firma y Nombre (Derecho Habiente)


Firma y Nombre del personal del SINEC

**ANEXO 3**


 FORMULARIO EXTERNO Nro. 1  
 FORM EXT-SEG Y AFIL 001

 <b>AVISO</b> <b>AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR</b>										N° _____	
<b>I. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR</b>											
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres			Nro. de Matricula		
Datos de Nacimiento				Sexo	Edad	Estado Civil	Nro. C.I.	Ext.			
Lugar	Día	Mes	Año								
<b>Datos del Domicilio</b>											
Localidad			Zona			Calle			Nro.		
<b>II. DATOS DEL EMPLEADOR</b>											
Nombre o Razón Social del Empleador										Nro. del Empleador	
<b>III. DATOS DEL AVISO DE AFILIACIÓN</b>											
Fecha de Ingreso			Cargo a Ocupar			Salario (Bs.)			Tipo de Contratación		
Día	Mes	Año							<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual		
<b>IV. El campo es llenado solo por instituciones públicas, si el afiliado pertenece a: (Caso contrario no debe llenar)</b>											
Programa o Proyecto			<input type="checkbox"/>	Nombre:							
Entidad Desconcentrada			<input type="checkbox"/>	Nombre:							
										<b>Seguro Integral de Salud - SINEC</b>	
Lugar y fecha de Presentación											
Firma y sello del Empleador										Firma del trabajador	
										Sello y fecha de recepción	
<small>Original - SINEC                      Primera Copia - Empresa                      Segunda Copia - Trabajador</small>											

 <b>AVISO</b> <b>REINGRESO DEL TRABAJADOR</b>										N° _____	
<b>I. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR</b>											
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres			Nro. de Matricula		
Datos de Nacimiento				Sexo	Edad	Estado Civil		Nro. C.I.		Ext.	
Lugar	Día	Mes	Año								
<b>Datos del Domicilio</b>											
Localidad			Zona		Calle				Nro.		
<b>II. DATOS DEL EMPLEADOR</b>											
Nombre o Razón Social del Empleador										Nro. del Empleador	
<b>III. DATOS DE AVISO DE REINGRESO</b>											
Fecha de Ingreso			Cargo a Ocupar			Salario (Bs.)		Tipo de Contratación			
Día	Mes	Año						<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual			
Su reingreso es en el periodo de cesantía (60 días)					Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					
En la misma institución:					Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					
Si marco <b>NO</b> indique el nombre o razón social del anterior empleador:											
<b>IV. El campo es llenado solo por instituciones públicas, si el afiliado pertenece a: (Caso contrario no debe llenar)</b>											
Programa o Proyecto			<input type="checkbox"/>	Nombre:							
Entidad Desconcentrada			<input type="checkbox"/>	Nombre:							
										<b>Seguro Integral de Salud - SINEC</b>	
Lugar y fecha de Presentación											
Firma y sello del Empleador										Firma del trabajador	
										Sello y fecha de recepción	
Original - SINEC Primera Copia - Empresa Segunda Copia - Trabajador											


				<b>AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO</b>			N° _____		
<b>I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO</b>									
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres		Nro. de Matricula	
<b>II. DATOS DEL EMPLEADOR</b>									
Nombre o Razón Social del Empleador							Nro. del Empleador		
<b>III. DATOS DE AVISO DE BAJA</b>									
Fecha de Baja			Cargo			Salario del mes anterior al retiro (Bs.)		Motivo	
Día	Mes	Año							
								<b>Seguro Integral de Salud - SINEC</b>	
Lugar y fecha de Presentación				Firma del Empleador				Sello y fecha de recepción	
Original - SINEC Primera Copia - Empresa Segunda Copia - Trabajador									



		<b>CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (BAJA MEDICA)</b>		<b>N°</b>
<b>DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO</b>				
<b>Apellido Paterno</b>		<b>Apellido Materno</b>		<b>Nro. de Matricula</b>
<b>PARTE DE BAJA</b>				
<b>Lugar de Atención en:</b>		<b>Tratamiento a:</b>		<b>Contingencia:</b>
<input type="checkbox"/> Consulta Externa		<input type="checkbox"/> Domicilio		<input type="checkbox"/> Enfermedad Común
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Hospitalización		<input type="checkbox"/> Maternidad
	<input type="checkbox"/> Internación			<input type="checkbox"/> Riesgos Laborales <input type="checkbox"/> Accidente Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional
Periodo de Incapacidad		N° días (Numeral): _____ (Literal): _____		
Desde _____ / _____ / _____		Hasta _____ / _____ / _____		
<b>Datos del Médico Tratante</b>		<b>Seguro Integral de Salud - SINEC</b>		<b>RECIBIDO</b>
Nombre: _____		Autoridad: _____		
Fecha: ____/____/____				
Hora: _____				
_____		_____		_____
Firma y Sello		Firma y Sello		Firma Asegurado
				Original - Empleador Copia - SINEC

Sinec		FORMULARIO AVISO DE NOVEDADES DEL EMPLEADOR	
<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR:</b>		<b>NÚMERO DEL EMPLEADOR:</b>	
<b>BAJAS</b>		<b>ALTAS</b>	
	Día Mes Año		Día Mes Año
<b>TEMPORAL</b>		<b>DEFINITIVA</b>	
<b>MOTIVO</b>			
<b>CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL</b>		<b>FUSION DE EMPRESAS</b>	
			Día Mes Año
		<b>FECHA</b>	
		<b>MOTIVO</b>	
<b>CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL</b>			
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>			
<b>N° CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>			
<b>NUEVO DOMICILIO LEGAL:</b>		<b>APERTURA DE SUCURSAL:</b>	
<b>CIUDAD/LOCALIDAD:</b>			
<b>CALLE:</b>		<b>ZONA:</b>	
<b>TELÉFONO:</b>			
Santa Cruz / /			<b>SELLO DE RECEPCIÓN DEL SINEC</b>
Lugar y Fecha de Presentación			
Sello y Firma del Empleador			

NOTA: EL EMPLEADOR ESTA OBLIGADO A COMUNICAR LOS CAMBIOS AL ENTE GESTOR MEDIANTE EL PRESENTE FORMULARIO ADJUNTANDO SUS RESPECTIVOS RESPALDOS EN UN PLAZO DE 5 DIAS HÁBILES.

 <b>SOLICITUD DE INFORMACION A LOS ENTES GESTORES DE SALUD</b>						
<b>SEÑORES DEPARTAMENTO DE AFILIACION DE EMPRESAS:</b>						
AGRADECEMOS A UD. (S) PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE LA AFILIACIÓN EN ESA ENTIDAD DE SEGURO SOCIAL DE LA SIGUIENTE EMPRESA:						
<b>Empresa:</b>					<b>N° DE NIT:</b>	
<b>Nombre del Representante Legal:</b>						
INSTITUCIONES	SI	NO	SELLO DPTO. Y/O INSTITUCION	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	FECHA U OBSERVACIONES	
<b>CAJA DE SALUD BANCA PRIVADA</b>						
Doble Vía la Guardia entre 4to y 5to anillo						
Calle Eucalipto, paralela lado izquierdo						
Atención: 8:30 a 12:00 am.						
<b>CAJA PETROLERA DE SALUD</b>						
Calle España						
Telef.: 334-2528						
Atención: 8:00 a 12:00 am.						
<b>CAJA NACIONAL DE SALUD</b>						
Calle Ballivian 334						
Telef.: 337-0708						
ATENCIÓN 08:00 a 12:00 am.						
<b>CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A.</b>						
Canal Cotoca - 3er. Anillo externo						
Telef.: 346-1111						
Atención: 8:00 a 12:00 am.						
<b>COSSMIL.</b>						
Calle Florida N° 444						
Entre Calle Sara y Santa Bárbara						
Telef.: 333-3778						
Atención: 9:00 a 11:00 am.						
<b>SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO</b>						
Calle Colón 58 Planta Baja						
Telef.: 339-2827 339-2810						
Atención: 8:00 a 12:00 am y 15:00 a 18:30 pm.						
<b>CAJA DE SALUD CORDES.</b>						
Calle Teniente Vega						
Por la ex feria Barrio Lindo						
Atención: 8:00 a 12:00 am.						
<b>NOTA: El presente formulario tiene validéz de 60 días calendario a partir de la fecha de emisión.</b>					<b>Fecha de emisión:</b>	

Sinec		FORMULARIO DE AFILIACION DEL EMPLEADOR			
<b>I. DATOS DE LA INSTITUCION O EMPRESA</b>					
Nombre o Razón Social del Empleador:				Número del Empleador:	
Nombre de Propietario o Representante Legal:		C.I.			
<b>II. UBICACIÓN Y DIRECCION DE LA INSTITUCION O EMPRESA</b>					
Departamento:		Ciudad:			
Dirección:		Teléfono:		Fax.	
<b>III. RUBRO O ACTIVIDAD ECONOMICA, N° DE NIT. Y DECLARACION DEL N° DE TRABAJADORES DE LA INSTITUCION O EMPRESA</b>					
Actividad Económica:		N° de NIT.:			
Fecha de Inicio de Actividades:		Cantidad de Trabajadores:			
<b>III. DATOS DE PRESENTACION</b>					
<b>EMPRESA O INSTITUCION</b>			<b>SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SINEC</b>		
Lugar y fecha de Presentación:		Fecha de Recepción:			
Sello y Firma del Representante Legal		Sello SINEC			