

**RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 016/2025  
DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD "SINEC"**

a, 30 de diciembre de 2025

**VISTOS:**

La Comunicación Interna CI/JPI/Nro.100/2025, de fecha 29 de diciembre del 2025 a través de la cual se remite el "**REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACION**" 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 mediáticas, 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, la Constitución Política del Estado, establece en su artículo 232 que: *La Administración Pública se rige por los principios de legitimidad, legalidad, imparcialidad, publicidad, compromiso e interés social, ética, transparencia, igualdad, competencia, eficiencia, calidad, calidez, honestidad, responsabilidad y resultados.*

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, misma 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 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 117 del Reglamento del Código Seguridad Social, dispone que "*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, el Decreto Ley 13214 en su artículo 2º. 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 establece: "Se 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 cotizable del trabajador del mes anterior a su desvinculación.*"

**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. 100/2025, emitida por la funcionaria de apoyo Organización y Método del Seguro Integral de Salud – SINEC se remite a la Gerencia General, para su validación y aprobación del "REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACION", señalando que el mismo ha sido actualizado.

Que, el Proyecto de "REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACION", en su artículo 1 establece como objetivo el de "*permitan operativizar y garantizar el adecuado manejo de los recursos, definiendo los costos de los exámenes post y pre ocupacional, intraocupacional, 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 AFILIACION", se encuentra compuesto por un total de tres (Capítulos) y treinta (30) artículo y cinco (5) Anexos consistente en formularios y listado de precios de los servicios de laboratorio.

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 AFILIACION", ha sido elaborado de acuerdo a la organización administrativa de la institución, por lo que a efectos de que el Seguro Integral de Salud – SINEC logre una eficiente gestión administrativa y sobre todo cumpla con su misión institucional es necesario aprobar dicho reglamento.

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 le permitan el cumplimiento de sus funciones.*"

**POR TANTO:**

El 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 "REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACION",** del Seguro Integral de Salud SINEC, mismo que está compuesto por cuatro capítulos y cuenta con un apartado de

anexos.

#### **ARTÍCULO SEGUNDO:**

**INSTRUIR** que el “**REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACION**”, es de cumplimiento y aplicación obligatoria a los servidores públicos de las diferentes unidades organizacionales del Seguro Integral de Salud – SINEC.

• 4

#### **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 del “**REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACION**”, a todas las unidades organizacionales del Seguro Integral de Salud SINEC que intervengan en el desempeño de sus funciones en el proceso de aplicación del presente reglamento.

#### **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 Gerencia de Servicios Generales, Afiliación y Seguro y Vigencia de Derechos.

#### **ARTÍCULO QUINTO:**

La presente Resolución Administrativa entra en vigencia a partir del 30 de diciembre del presente año.

**PUBLÍQUESE, NOTIFÍQUESE, REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE.**



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

A blue circular stamp is partially visible behind the signature, containing the text "Abg. Jessica Pereira Ramos" and "GERENTE GENERAL a.i. SINEC".



# **REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN**

**Aprobado con Resolución Administrativa Nro. 16/2025  
de fecha 30 de diciembre de 2025**

**SANTA CRUZ - BOLIVIA**

### INDICE

<b>INDICE</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I</b>	<b>2</b>
ASPECTOS GENERALES.....	2
Artículo 1º     Objetivo .....	2
Artículo 2º     Base Legal.....	2
Artículo 3º     Ámbito de Aplicación .....	3
Artículo 4º     Aprobación y Vigencia.....	3
Artículo 5º     Difusión .....	3
Artículo 6º     Verificación.....	3
<b>CAPITULO II</b>	<b>3</b>
DEFINICION DE COSTO, VALIDES, REQUISITOS Y MULTAS.....	3
Artículo 7º     Costo de los Exámenes Post ocupacional y Pre ocupacional.....	3
Artículo 8º     Vigencia y Revalidación del Comprobante de Pago.....	3
Artículo 9º     Validez del Examen Post y Pre ocupacional.....	3
Artículo 10º     Formularios y Talonarios Impresos.....	3
Artículo 11º     Formularios Digitales .....	4
Artículo 12º     Costo del Formulario Digital.....	4
Artículo 13º     Control de los Formularios y Códigos.....	4
Artículo 14º     Requisitos para Programación de Examen Post - Ocupacional.....	4
Artículo 15º     Examen Intra-Ocupacional.....	5
Artículo 16º     Costo de Estudios Complementario para Examen Pre- ocupacional.....	5
Artículo 17º     Requisitos para dar de Baja a un Asegurado.....	5
Artículo 18º     Las Instituciones o Empresas Afiliadas que no Reporten sus Bajas en los Tiempos Establecidos.....	5
Artículo 19º     Empresas o Instituciones con Aportes en Mora (prestaciones médicas).....	6
Artículo 20º     Atención de Asegurados de Empresas o Instituciones con Aportes en Mora .	6
Artículo 21º     Prestaciones en Dinero en el Seguro de Enfermedad y Maternidad.....	6
Artículo 22º     Empresa en Mora (prestaciones en especie).....	6
Artículo 23º     Formulario de Solicitud y Autorización para Recibir Atención Medica en Regional Distinta a la de Adscripción.....	6
Artículo 24º     Proceso de Autorización para Recibir Atención Medica en Regional Distinta a la de Adscripción.....	6
Artículo 25º     Temporalidad de Autorización para Recibir Atención Medica en Regional Distinta a la de Adscripción.....	7
<b>CAPITULO III</b>	<b>7</b>
<b>PROCESOS</b>	<b>7</b>
Artículo 26º     Proceso de Notificación para la Baja del Asegurado cuando lo Retiran de la Empresa o Institución .....	7
Artículo 27º     Proceso de Bloqueo en el Sistema del SINEC cuando no se reporte al asegurado titular en la planilla de la empresa.....	8
Artículo 28º     Proceso de Baja en el Sistema del SINEC Cuando Muere el Asegurado Titular en la Clínica. ....	8
Artículo 29º     Incumplimiento.....	9
Artículo 30º     Revisión y actualización.....	9

### 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, intraocupacional, 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) 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.
- n) Ley Nro. 890, modificatoria al Decreto Ley Nro. 13214, contenido del Aviso de Baja de Asegurado, de fecha 26 de enero de 2017.
- o) 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.
- p) Otras normas conexas.

### 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 Organización y Método del SINEC.

### Artículo 6º Verificación

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

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

### Artículo 7º Costo de los Exámenes Post ocupacional y Pre ocupacional

El costo del examen Post ocupacional será de 150 UFV. -

Para el examen Pre ocupacional será de 200 bolivianos a partir del 01 de enero del 2026.

### Artículo 8º 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 60 días calendario, Pudiendo ser revalidado el comprobante. Previa justificación por la empresa y autorizada por la Gerencia de Servicios Generales.

### Artículo 9º Validez 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 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 10º Formularios y Talonarios Impresos

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 Pago de Aportes	30	50	90

El responsable de la venta de los formularios será el personal de CAJA.

Se encuentran como (Anexo 1) los siguientes Formularios:

- ✓ Aviso de Afiliación del Trabajador
- ✓ Aviso de Reingreso del Trabajador
- ✓ Aviso de Baja del Asegurado
- ✓ Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica)
- ✓ Aviso de Novedades del Empleador
- ✓ Solicitud de Información a los Entes Gestores de Salud
- ✓ Aviso de Afiliación del Empleador

### **Artículo 11º Formularios Digitales**

Los formularios que a continuación se detallan podrán ser llenados de acuerdo al formato digital adjunto; para que pueda ser recepcionado por el área de Afiliación del SINEC, deberá contar con el código QR o el número que corresponde al comprobante de pago.

- ✓ Aviso de Afiliación del Trabajador
- ✓ Aviso de Reingreso del Trabajador
- ✓ Aviso de Baja del Asegurado

### **Artículo 12º Costo del Formulario Digital**

Los formularios que se llenen en el formato que entrega el SINEC y que podrán utilizar de manera impresa tendrá un costo de Bs. 2.- (Dos 00/100 bolivianos) por conceptos de insumos, materiales y otros utilizados en procesos administrativos.

### **Artículo 13º Control de los Formularios y Códigos**

El área de Caja deberá contar con un registro de los formularios digital; por concepto de valorados.

El área de Almacén deberá contar con un registro de los formularios físico; por concepto de valorados .

### **Artículo 14º Requisitos para Programación de Examen Post - Ocupacional**

Los requisitos para solicitar la programación del Examen Post Ocupacional, son:

- ✓ Solicitud de Programación puede ser grupal o individual esta deberá contar con el sello y firma autorizada como el Responsable o Delegado del área de Recursos Humanos de la Institución u Empresa.
- ✓ Comprobante de Pago
- ✓ Fotocopia de carnet identidad legible y vigente.

### Artículo 15º Examen Intra-Ocupacional

Las empresas o instituciones pueden solicitar al SINEC, la programación y realización de acuerdo con los riesgos de la actividad del empleado, para evaluar los posibles efectos sobre la salud del trabajador de los riesgos a los que están expuestos en el tiempo y detectar enfermedades de origen común para darles manejos preventivos; también podrán solicitar cada vez que cambie de puesto laboral, ambiente laboral o cuando se aumente el riesgo, todo con el fin de garantizar su estado de salud.

El costo de los estudios se cuantificará de acuerdo a la lista de precios (Anexo 5).

### Artículo 16º Costo de Estudios Complementario para Examen Pre- ocupacional

El médico encargado, posterior al examen clínico y de acuerdo a criterio, para cada trabajador podrá solicitar otros estudios, costo que será sumado de acuerdo al número de estudios realizados y según la lista de precios establecidos por el SINEC. (Anexo 5).

### Artículo 17º 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 de registro de Caja por examen post ocupacional (original)
- Informe Examen Post- ocupacional o nota de desistimiento o formulario de excepción de presentación (original)
- Formulario de Aviso de Baja del Seguro (original)
- Fotocopia de Carnet de Identidad, legible y vigente

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

### Artículo 18º 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 único 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.

La unidad de Afiliación revisara si el asegurado recibió prestaciones médicas fuera de la cesantía, reportara a la unidad de Vigencia de Derecho para la cuantificación y cobro.

### **Artículo 19º Empresas o Instituciones con Aportes en Mora (prestaciones médicas)**

Las empresas e instituciones que se evidencia que tienen 1 mes de aportes en mora, el área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC., procederá al Bloqueo de la Empresa en el sistema hasta que la Empresa regularice el pago del aporte adeudado.

En caso de requerir atenciones de Emergencia Médica, la Empresa que se encuentra bloqueada solicitará a la Gerencia General la atención provisional del asegurado, misma que será autorizada para la habilitación temporal del asegurado y se deberá coordinar con la Jefatura de Consulta Externa y la Unidad de Vigencia de Derecho para la cuantificación y cobro de las atenciones otorgadas de acuerdo a normativa.

### **Artículo 20º 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 21º Prestaciones en Dinero en el Seguro de Enfermedad y Maternidad**

Las prestaciones en dinero en casos de enfermedad y maternidad con cargo al Seguro Integral de Salud SINEC. son:

- a) Para tener derecho a las prestaciones en dinero en el Seguro de Enfermedad, el o la asegurada titular, deberá acreditar dos (2) cotizaciones mensuales previas a la enfermedad.
- b) Para tener derecho a las prestaciones en dinero en el Seguro de Maternidad el o la asegurada deberá acreditar cuatro (4) cotizaciones previas a la fecha de emisión del Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica) pre y post natal por Maternidad.

### **Artículo 22º Empresa en Mora (prestaciones en especie)**

Las empresas o instituciones que se encuentren en mora con una o más aportaciones; las partes de Bajas Médicas emitidas a sus trabajadores no serán sujetas a reembolso por parte del Seguro Integral de Salud - SINEC.

### **Artículo 23º Formulario de Solicitud y Autorización para Recibir Atención Médica en Regional Distinta a la de Adscripción**

Los asegurados Titulares o Beneficiarios que se encuentren en tránsito (ir de un lugar a otro por vías o parajes públicos), en otro lugar distinta al de adscripción; se autorizará las atenciones médicas llenando el Formulario de Solicitud Autorización para Recibir Atención Médica en Regional Distinta a la de Adscripción (Anexo 4).

### **Artículo 24º Proceso de Autorización para Recibir Atención Médica en Regional Distinta a la de Adscripción**

Los asegurados Titulares o Beneficiarios que requieran la atención en un lugar diferente al de la adscripción, deberán seguir el siguiente procedimiento:

- a) El asegurado Titular o Beneficiario, deberá presentar el Formulario de Autorización para Recibir Atención Médica en Regional Distinta a la de la Adscripción, entregando el Formulario al área de Seguro y Vigencia de Derecho del SINEC., para la autorización.
- b) El área de Seguro y Vigencia de Derecho recibe el Formulario de Solicitud Autorización para Recibir Atención Médica en Regional distinta a la de Adscripción (Anexo 4) y procede a verificar el estado de la empresa (alta, baja, en mora, multas y otros); así, como coordina con el área de Servicios Médicos en Provincia para ver la cobertura de atención, para aprobar o rechazar la solicitud.
- c) Una vez verificado coloca sello de aprobado o rechazado; se queda con copia del formulario para sus archivos correspondiente.
- d) El área de Seguro y Vigencia de Derecho, deberá diariamente enviar (vía correo) un listado de las autorizaciones otorgadas al área de Servicios Médicos en Provincia.

### **Artículo 25º Temporalidad de Autorización para Recibir Atención Médica en Regional Distinta a la de Adscripción**

Se otorgará por el lapso de 90 días calendarios la autorización de atención y prestación de servicios a los beneficiarios que se encuentren fuera del lugar de residencia.

Para los asegurados jubilados y derechohabientes que tengan residencia fuera del lugar de la Regional de adscripción, se otorgará por el lapso de 180 días calendario la autorización de atención y prestación de servicios.

## CAPITULO III PROCESOS

### **Artículo 26º Proceso de Notificación para la Baja del Asegurado cuando lo Retiran de la Empresa o Institución**

#### **a) Área de Afiliación**

Recibe la Baja de Afiliación de él o los trabajadores afiliados de manera oficial, procede al registro de la baja en sistema, coloca el plazo de la cobertura del seguro previsto de acuerdo a norma y finaliza el proceso.

El Jefe del Departamento de Afiliaciones debe reportar las bajas presentadas fuera de plazo de acuerdo a normativa y remitir al área de Seguro y Vigencia de Derechos con hoja de ruta para su cuantificación respectiva.

#### **b) Área de Seguro y Vigencia de Derechos**

Recibe el reporte, procede a cuantificar la multa, elabora la Nota de Cobro firmada por las autoridades competentes y procede a notificar a la empresa otorgando 5 días para la cancelación respectiva, pasado el plazo establecido y no efectuándose la cancelación por parte de la Empresa dará lugar a la deducción con las prestaciones por incapacidad temporal por parte del SINEC.

Remite copia del recibido de la notificación por la Empresa vía por la Gerencia de Servicios Generales al Área de Contabilidad, para su proceso de devengamiento.

La unidad de Seguro de Vigencia y Derecho y Caja llevaran un Kardex de notificación para el debido control del pago.

**c) Empresa o Institución Afiliadas**

Recibe la notificación y una vez realizado el pago de la multa, presenta el comprobante a la Unidad de Seguro y Vigencia de Derecho del SINEC para su visado y a Caja para su registro respectivo.

**d) Seguro de Vigencia de Derecho**

Registra en el Kardex el cumplimiento de pago de la Empresa o en su defecto solicitará el cumplimiento de la deducción a Caja vía la Gerencia de Servicios Generales cuando corresponda.

**e) Caja**

Registra el respectivo pago en el Sistema y/o deducción y procede al registro en el Kardex.

**Artículo 27º Proceso de Bloqueo en el Sistema del SINEC cuando no se reporte al asegurado titular en la planilla de la empresa.**

La Unidad de Seguro de Vigencia de Derechos debe realizar la verificación de planillas otorgadas por la Empresa de manera mensual, para identificar trabajadores que no han sido reportados en la planilla y no han sido dados de baja en el procedimiento, para remitir de manera posterior un reporte a la unidad de Afiliación para el bloqueo correspondiente hasta la regularización por parte de la Empresa.

**Artículo 28º Proceso de Baja en el Sistema del SINEC Cuando Muere el Asegurado Titular en la Clínica.**

**a) La 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 3) 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.

### **Artículo 29º Incumplimiento.**

El incumplimiento u omisión de lo dispuesto en el presente reglamento, 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.

### **Artículo 30º Revisión y actualización.**

Debido a la dinámica institucional, de ser necesario efectuar enmiendas que permitan actualizar y/o modificar los respectivos articulados del presente Reglamento, como resultado de la experiencia de su aplicación o cuando existan nuevas disposiciones al respecto, en lo que corresponda son responsables de ajustar el Reglamento y remitir al área de Organización y Método para revisión técnica y gestionar la aprobación ante la Máxima Autoridad Ejecutiva – MAE, las áreas Gerencia de Servicios Generales, Afiliación y Seguro y Vigencia de Derechos.



## **REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN**

ANEXO 1

**FORMULARIO Nro. 1**



# **REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN**

**FORMULARIO Nro. 2**

Sinec Seguro Integral de Salud CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL				AVISO REINGRESO DEL TRABAJADOR				Nº _____
<b>I. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR</b>								
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres			Nro. de Matrícula	
Datos de Nacimiento				Sexo	Edad	Estado Civil	Nro. C.I.	Ext.
Nacionalidad	Ciudad	Día	Mes	Año				
Datos del Domicilio								
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)					Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
En la misma institución:					Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Si marco NO 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



## **REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN**

**FORMULARIO Nro. 3**

 <b>Sinec</b> Seguro Integral de Salud CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL			<b>AVISO</b> <b>DE BAJA DEL ASEGURADO</b>	Nº _____	
<b>I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO</b>					
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		Nro. de Matrícula	
<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			
Lugar y fecha de Presentación			Firma del Empleador		Sello y fecha de recepción
Original - SINEC Primera Copia - Empresa Segunda Copia - Trabajador					

FORMULARIO Nro. 4

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (BAJA MEDICA)

	<b>CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (BAJA MEDICA)</b>			N°
<b>DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO</b>				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Nro. de Matrícula	
<b>PARTDE DE BAJA</b>				
Lugar de Atención en:		Tratamiento a:	Contingencia:	Diagnóstico:
<input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Clínica		<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Internación	<input type="checkbox"/> Enfermedad Común <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Riesgos Laborales: Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Riesgos Extraordinarios	
Periodo de Incapacidad		Nº 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: _____				
<b>Firma y Sello</b>		<b>Firma y Sello</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Firma Asegurado</b>
El presente Formulario, deberá ser presentado al empleador por el trabajador u otra persona, en el término máximo de 24 horas de haberse practicado la consulta. Caso contrario perderá el salario o subsidio por el tiempo de retraso. (Art. 60 RCSS)				
				Original - Empleador Copia - SINEC

FORMULARIO Nro. 5  
AVISO DE NOVEDADES DEL EMPLEADOR

 FORMULARIO AVISO DE NOVEDADES DEL EMPLEADOR		FORM.A.S.V.D. 00				
<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<b>NÚMERO DEL EMPLEADOR:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
		<b>FECHA DE NOVEDAD:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
<b>INDICAR CAMBIOS DE ESTADO DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN</b>						
<b>BAJAS</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;"> <b>TEMPORAL</b> <input type="checkbox"/>  <b>MOTIVO</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;"> <b>DEFINITIVA</b> <input type="checkbox"/>  <b>MOTIVO</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> </table>		<b>TEMPORAL</b> <input type="checkbox"/> <b>MOTIVO</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>DEFINITIVA</b> <input type="checkbox"/> <b>MOTIVO</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>ALTAS</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;"> <b>FECHA</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <b>MOTIVO</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;"> <b>Día</b> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <b>Mes</b> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <b>Año</b> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> </table>	<b>FECHA</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <b>MOTIVO</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Día</b> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <b>Mes</b> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <b>Año</b> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>TEMPORAL</b> <input type="checkbox"/> <b>MOTIVO</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>DEFINITIVA</b> <input type="checkbox"/> <b>MOTIVO</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
<b>FECHA</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <b>MOTIVO</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Día</b> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <b>Mes</b> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <b>Año</b> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
<b>CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<b>FUSIÓN DE EMPRESAS</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
		<b>FECHA</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <b>MOTIVO</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
<b>CAMBIO DE ACTIVIDAD ECONOMICA</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
<b>CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL</b>		<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>				
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
<b>Nº CÉDULA DE IDENTIDAD</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
<b>CAMBIO DE DOMICILIO LEGAL:</b>						
<b>CIUDAD/LOCALIDAD:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>				
<b>CALLE:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<b>ZONA:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
<b>TELEFONO:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
<b>APERTURA DE SUCURSAL:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<b>Nro. de Sucursales:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
<b>SUCURSAL 1:</b> <b>CIUDAD/LOCALIDAD:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
<b>CALLE:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<b>ZONA:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
<b>TELEFONO:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
<b>SUCURSAL 2:</b> <b>CIUDAD/LOCALIDAD:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
<b>CALLE:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<b>ZONA:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
<b>TELEFONO:</b> <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
<b>Santa Cruz</b> / / <b>Lugar y Fecha de Presentación</b> <small>.....</small> <b>Sello y Firma del Empleador</b>		<b>SELLO DE RECEPCIÓN DEL SINEC</b>				
<small>NOTA: EL EMPLEADOR ESTÁ OBLIGADO A COMUNICAR LOS CAMBIOS AL ENTE GESTOR MEDIANTE EL PRESENTE FORMULARIO ADJUNTANDO SUS RESPECTIVOS RESPALDOS EN UN PLAZO DE 5 DÍAS HÁBILES DE ACONTECIDA LA VARIACIÓN.</small>						

FORMULARIO Nro. 6  
SOLICITUD DE INFORMACIÓN A LOS ENTES GESTORES DE SALUD

<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:					
Empresa:				Nº DE NIT:	
Nombre del Representante Legal:					
INSTITUCIONES	SI	NO	SELLO DPTO. Y/O INSTITUCION	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	FECHA U OBSERVACIONES
CAJA DE SALUD BANCA PRIVADA					
Doble Vía la Guardia entre 4to y 5to anillo					
Calle Eucalipto, paralela lado izquierdo					
Atención: 8:30 a 12:00 am.					
CAJA PETROLERA DE SALUD					
Calle España					
Telef.: 334-2528					
Atención: 8:00 a 12:00 am.					
CAJA NACIONAL DE SALUD					
Calle Ballivian 334					
Telef.: 337-0708					
ATENCION 08:00 a 12:00 am.					
CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A.					
Canal Cotoca - 3er. Anillo externo					
Telef.: 346-1111					
Atención: 8:00 a 12:00 am.					
COSSMIL.					
Calle Florida N° 444					
Entre Calle Sara y Santa Bárbara					
Telef.: 333-3778					
Atención: 9:00 a 11:00 am.					
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO					
Calle Colón 58 Planta Baja					
Telef.: 339-2827 339-2810					
Atención: 8:00 a 12:00 am y 15:00 a 18:30 pm.					
CAJA DE SALUD CORDES.					Fecha de emisión:
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>					

FORMULARIO Nro. 7  
FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR						
Nombre o Razón Social del Empleador:						
Número del Empleador:						
Departamento:			Dirección:			
Localidad:			Teléfono:		Fax:	
Nombre de Propietario o Representante Legal:					Carnet de Identidad:	
Actividad Económica:				Fecha de Inicio de Actividades:		
Nº de NIT:			Nº Licencia de Funcionamiento:		Cantidad de Trabajadores:	
SUCURSAL	SI	NO		Nº de Sucursales:		
<b>SUCURSAL 1</b>						
CIUDAD / LOCALIDAD						
Calle:			Zona:			Teléfono:
<b>SUCURSAL 2</b>						
CIUDAD / LOCALIDAD						
Calle:			Zona:			Teléfono:
Sello y Firma del Representante de la Empresa					Sello SINEC	
Lugar y Fecha			____ / ____ / ____			
<p><b>Notificación:</b> La empresa cuando realice el cambio de representante legal, cambio de domicilio, baja temporal, baja definitiva, cambio de razón social, reinicio de actividades, fusión de empresa o apertura de sucursal, deberá avisar al Ente Gestor de Salud en el lapso de cinco (5) días mediante el formulario de Aviso de Novedades, el caso omiso serían pasibles a una sanción de acuerdo al Art. 593 del Código de la Seguridad Social. (D.L. 13214 Art. 3 y Art. 4)</p>						

**ANEXO 3**

# **NOTIFICACIÓN**

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 BENEFICIARIO COMO DERECHO HABIENTE</b>				
1	Carnet de Identidad (Vigente)	Copia	1	
2	Certificado de Nacimiento	Original	1	
3	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acrede no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1	
4	Resolución de Derecho Habiente (AFPs o dictamen de la entidades aseguradas)	Original	1	
5	Boleta de Pago a nombre del titular del Derecho Habiente	Copia	1	
<b>OTROS</b>				
6	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1	

**Nota.** - Estos requisitos deberán ser presentados dentro de los 60 días calendarios a partir del fallecimiento del titular, pasado el plazo perentorio se tomará 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 4

FORMULARIO Nro. 8

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN REGIONAL DISTINTA A LA DE LA ADSCRIPCIÓN

<b>Sinec</b> Seguro Integral de Salud CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL		<b>SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN REGIONAL DISTINTA A LA DE LA ADSCRIPCIÓN</b>		
<b>SOLICITUD DEL ASEGURADO</b>				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		
Número del Empleador	Número de Asegurado	Regional de Adscripción		
Yo solicito la atención médica en la: _____ Ciudad - Departamento				
Así como a los siguiente(s) beneficiario(s) que se detalla(n) a continuación: desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____				
<b>BENEFICIARIOS</b>				
APELLO PATERNO, MATERO Y NOMBRES		CÓDIGO	PARENTESCO	Fecha de Nacimiento
				Dia
				Mes
				Año
Firma del Asegurado _____ Dpto. de Vigencia y Derecho _____				
<b>Sinec</b> Seguro Integral de Salud CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL				
<b>AUTORIZACIÓN</b>				
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		
Número del Empleador	Número de Asegurado	Regional de Adscripción		
Autorización para la atención y prestación de servicio médicos. Así como a los siguiente(s) beneficiario(s) que se detalla(n) a continuación:				
<b>BENEFICIARIO (S)</b>				
APELLO PATERNO, MATERO Y NOMBRES		CÓDIGO	PARENTESCO	Fecha de Nacimiento
				Dia
				Mes
				Año
<b>AUTORIZADO</b>				
En: _____ DEPARTAMENTO O PROVINCIA DONDE SE OTORGARA EL SERVICIO				
Desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____				



### 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:

Fecha de nacimiento:

(D/M/A)

Edad:

Nacionalidad:

Cédula de Identidad:

Ocupación:

Dirección de la residencia habitual o domicilio legal:

Ciudad:

Barrio:

Calle y Nº:

Departamento:

Teléfonos:

Celular:

E-mail:

Nombre de la Empresa o Institución de trabajo:

**2) DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

**2.1 De acuerdo a su conocimiento**

SI   NO   \*EN CASO AFRAMATIVO 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

Baja

Normal

Alta

Kg

- 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 AFRAMATIVO 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 (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

- 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?

**2.2 Ha padecido o tiene conocimiento de sufrir de:**

SI   NO   \*EN CASO AFRAMATIVO DETALLAR\*

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

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

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

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

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



SI    NO    EN CASO AFFIRMATIVO DETALLAR:

- s) ¿Hemofilia, alteraciones de coagulación, hemorragias persistentes o cualquier otra enfermedad relacionada de la sangre?
- t) ¿Bocio, colesterol elevado, enfermedad de las glándulas endocrinas?
- u) ¿Cáncer, quistes, úlceras varicosas u otras enfermedades de igual naturaleza, hernias de cualquier tipo?
- v) ¿El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA?
- w) ¿Se ha realizado el test diagnóstico de SIDA? Fecha (dd/mm/aa)
- x) ¿Tiene Ud. alguna anomalía de constitución, deformación, amputación u otro defecto físico?
- y) ¿Tiene Ud. conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario?
- z) Cuando se trate de mujer: ¿Se encuentra embarazada?  
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 Papánicolaou? 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: \_\_\_\_\_

**ANEXO 5**

**SERVICIOS EN SALUD**  
**AREA DE LABORATORIO**

No	DETALLE	PRECIO
<b>1</b>	<b>HEMATOLOGIA</b>	
	HEMOGRAMA MANUAL COMPLETO	65
	HEMOGRAMA COULTER COMPLETO	73
	HEMATOCRITO	36
	HEMOGLOBINA	36
	ERITROSEDIMENTACIÓN	33
	RECUENTO DE PLAQUETAS	44
	FROTIS DE SANGRE PERIFERICA	20
	TIEMPO DE SANGRIA	33
	TIEMPO DE COAGULACIÓN	33
	TIEMPO DE PROTROMBINA	64
	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA	67
	FIBRINOGENO	123
	GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	46
	RECUENTO DE RETICULOCITOS	67
	RECUENTO DE EOSINOFILOS	77
	GOTA GRUESA (PLASMODIUM)	89
	STROUT (T. CRUZI)	46
	CELULAS LE	136
	COOMBS DIRECTO	104
	COOMBS INDIRECTO	104
	DIMERO D	316
	RETRACCION DE CUAGULO	38
<b>2</b>	<b>QUIMICA SANGUINEA</b>	
	GLUCOSA	52
	GLUCOSA POSPANDRIAL A 2 HRS. DEL DESAYUNO	57
	GLUCOSA POST. PRANDIAL (16 HRS.)	57
	GLUCOSA POST CARGA DE 2 HORAS	73
	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA	160

	<b>HEMOGLOBINA GLICOSILADA - AUTOMATIZADA</b>	196
	<b>HEMOGLOBINA GLICOSILADA - MANUAL</b>	155
	UREA	59
	CREATININA	59
	ACIDO URICO	59
	COLESTEROL TOTAL	61
	COLESTEROL HDL	76
	COLESTEROL LDL	73
	TRIGLICERIDOS	61
	VLDL	71
	BILIRRUBINA TOTAL Y PARCIAL	61
	TRANSAMINASA TGO	79
	TRANSAMINASA TGP	79
	FOSFATASA ALCALINA	79
	AMILASA	81
	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	81
	LACTATO DESHIDROGENASA	109
	CK TOTAL	202
	CKMB	165
	HIERRO SERICO	108
	PROTEINAS TOTALES	62
	ALBUMINA	57
	GLOBULINA	59
	CALCIO TOTAL	72
	<b>CALCIO IÓNICO</b>	114
	SODIO	72
	POTASIO	72
	CLORO	72
	FOSFORO	73
	SODIO, POTASIO, CLORO	217
	MAGNESIO	86
	GASOMETRIA	400
	LIPASA	158
<b>3</b>	<b>SEROLOGÍA</b>	

	PROTEINA C REACTIVA	52
	ASTO (ASO – LATEX)	53
	LATEX RA	58
	TROPONINA	255
	REACCION DE WIDAL	90
	CARDIOLIPINA VDRL	78
	HAI TOXOPLASMOSIS	83
	HAI CHAGAS	95
	VDRL SIFILIS	55
	HEPATITIS A IGM -IGG	150
	TEST RAPIDO PARA HEPATITIS B - HBSAG	150
	ANTIGENO PARA COVID19	95
	COVID IGG-IGM	86
	COMPLEMENTO C3	151
	COMPLEMENTO C4	151
	TEST RAPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI	115
	INMUNOGLOBULINAS IGA	167
	NMUNOGLOBULINAS IGM	169
	NMUNOGLOBULINAS IGG	169
	TEST RAPIDO PARA HEPATITIS C (HCV)	155
	TEST RAPIDO PARA HIV 1-2	135
	HCG (TEST DE EMBARAZO)	92
	DENGUE DUO NS1/IGG/IGM	202
	REACCION DE HUDELSON	60
	REACCION DE PAUL BUNNEL	127
	REACCION DE W. FELIX	116
<b>4</b>	<b>URIANALISIS</b>	
	EXAMEN GENERAL DE ORINA	45
	PROTEINURIA DE 24 HORAS	175
	DEPURACION DE CREATININA ENDOGENA	168
	GLUCOSURIA CUALITATIVA EN ORINA	50
	ESPERMOGRAMA	228
	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS	120
	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	73

	MICROALBUMINURIA EN 24 HORAS	182
	DENSIDAD URINARIA	40
	CLORO URINARIO EN 24 HORAS	120
	SODIO URINARIO EN 24 HORAS	100
	POTASIO URINARIO EN 24 HORAS	100
	DIMORFISMO ERITROCITARIO	55
	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES EN ORINA	45
	ESAPERMATOZOIDES EN ORINA POST-EYACULACIÓN	45
<b>5</b>	<b>HORMONAS</b>	
	TSH	170
	TSH NEONATAL	179
	T3	162
	T4	162
	T4L	162
	INSULINA	229
	INSULINA HOMA	321
	INSULINA 30	219
	INSULINA 60	219
	INSULINA 90	219
	INSULINA 120	219
	INSULINA 180	219
	INSULINA POST PRANDIAL	224
	PEPTIDO C	311
	CORTISOL BASAL	189
	CORTISOL PM	189
	LH	172
	FSH	172
	ESTRADIOL	172
	PROLACTINA	172
	PROGESTERONA	201
	HCG CUANTITATIVA	211
	TESTOSTERONA	195
	TESTOSTERONA LIBRE	216
	DHEA- SULFATO	330

	ANDROSTENEDIONA	362
	ANTICUERPOS ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRH)	330
	HORMONA DE CRECIMIENTO GH	332
<b>6</b>	<b>MARCADORES TUMORALES</b>	
	ANTI-TPO	302
	ANTI-TG	310
	AFP	259
	CEA	273
	CA-125	309
	CA-15.3	309
	CA-19.9	309
	PSA TOTAL	212
	PSA LIBRE	204
	TIROGLOBULINA	195
<b>7</b>	<b>PRUEBAS ESPECIALES</b>	
	ACTH	382
	PTH	354
	DHEA-S	355
	FERRITINA	185
	VITAMINA D	355
	VITAMINA B 12	355
	FOLATO U ACIDO FOLICO	313
	TOXOPLASMOSIS IGG	180
	TOXOPLASMOSIS IGM	180
	EPSTEIN BARR IGG	232
	EPSTEIN BARR IGM	232
	CITOMEGALOVIRUS IGG	227
	CITOMEGALOVIRUS IGM	227
	RUBEOLA IGG	215
	RUBEOLA IGM	215
	HERPES SIMPLE IGG	220
	HERPES SIMPLE IGM	220
	HEPATITS A (ELISA)	215
	HEPATITIS B ANTICORE (ELISA)	237

	HEPATITIS B (HBSAG) (ELISA)	234
	HEPATITIS C (ELISA)	249
	HELICOBACTER PYLORI IGA	302
	HELICOBACTER PYLORI IGG	273
	HELICOBACTER PYLORI IGM	227
	CHAGAS IGG (ELISA)	129
	CHAGAS IGM (ELISA)	129
	CLAMYDIA IGA(ELISA)	322
	CLAMYDIA IGG (ELISA)	322
	CLAMYDIA IGM (ELISA)	322
	ANTI- CCP	333
	ANTI -ANA	254
	ANTI- DNADS	312
	ENA PERFIL	1000
	P-ANCA	478
	C-ANCA	478
	ANTI-SS A (RO)	246
	ANTI-SS B (LA)	274
	ANTICUERPO ANTIMITOCONDRIAL	327
	ANTICUERPO ANTI-MUSCULO LISO ASMA	392
	INMUNOGLOBULINA IGE	167
<b>8</b>	<b>PARASITOLOGIA</b>	
	PARASITOLOGICO SIMPLE	41
	PARASITOLOGICO SERIADO X 2	78
	PARASITOLOGICO SERIADO X 3	118
	MOCO FECAL	52
	<b>SANGRE OCULTA EN HECES</b>	25
	TEST DE GRAHAM - ANAL SWAB	46
	METODO DE BAERMAN	42
	SUBSTANCIAS REDUCTORAS	41
	PH FECAL	27
	BUSQUEDA DE AMEBAS	100
	HELICOBACTER PYLORI EN HECES	147
	SANGRE OCULTA EN HECES	102

	ROTAVIRUS EN HECES	146
	ADENOVIRUS EN HECES	225
<b>9</b>	<b>BACTERIOLOGIA</b>	
	EXAMEN DIRECTO DE SECRECION VAGINAL	88
	CULTIVO Y ANTIBIOPGRAMA DE SECRECION VAGINAL	145
	UROCULTIVO Y ANTIBIOPGRAMA	143
	HEMOCULTIVO SERIADO X 2	550
	HEMOCULTIVO Y ANTIBIOPGRAMA	278
	CULTIVO Y ANTIBIOPGRAMA DE HERIDAS	148
	CULTIVO Y ANTIBIOPGRAMA DE LIQUIDOS	148
	BACILOSCOPIA SIMPLE	54
	CULTIVO MICOLOGICO	150
	BACILOSCOPIA SERIADA X2	114
	COPROCULTIVO Y ANTIBIOPGRAMA	148
	CULTIVO Y ANTIBIOPGRAMA DE SECRECION BRONQUIAL	148
	CITOGRAMA NASAL	69
	CULTIVO DE OIDO	148
<b>10</b>	<b>OTRAS PRUEBAS</b>	
	CITOQUIMICO DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO	237
	CITOQUIMICO DE LIQUIDO PLEURAL	237
	CITOQUIMICO DE LIQUIDO ASCISTICO	237
	CITOQUIMICO DE LIQUIDO PERICARDICO	237
	CITOQUIMICO DE LIQUIDO PERITONEAL	237
	ADA EN LIQUIDO CEFALORAQUIDEO	204
	ADA EN LIQUIDO PLEURAL	204
	ADA EN LIQUIDO ASCISTICO	204
	ANTICOAGULANTE LUPICO	400
	ELECTROFOREISIS DE PROTEINAS	244

**NOTA:** Los precios fijados para el área de Laboratorio están en el marco de la Resolución Ministerial Nro. 132

### OTROS SERVICIOS

<b>DETALLE DE SERVICIOS MEDICOS CONTRATADOS GESTION 2025</b>			
<b>RESONANCIA MAGNETICA CON Y SIN CONTRASTE</b>		<b>COSTO REFERENCIAL</b>	
		<b>SIN CONTRASTE</b>	<b>CON CONTRASTE</b>
1	CRANEO	1850,00	2500,00
2	SILLA TURCA	1850,00	2500,00
3	MACIZO CRANEO FACIAL	1850,00	2500,00
4	ORBITAS	1850,00	2500,00
5	RESONANCIA PROTOCOLO ACV (DIFUSION PERFUSION)	1850,00	2500,00
6	RESONANCIA SENOS PARANASALES	1850,00	2500,00
7	ATM (BOCA ABIERTA-CERRADA)	1850,00	2500,00
8	COLUMNA CERVICAL	1850,00	2500,00
9	COLUMNA DORSAL	1850,00	2500,00
10	COLUMNA LUMBAR SACRA	1850,00	2500,00
11	PLEXO BRAQUIAL	1850,00	2500,00
12	TORAX	1850,00	2500,00
13	MIEMBROS INFERIORES	1850,00	2500,00
14	EXTREMIDADES RODILLA	1850,00	2500,00
15	EXTREMIDADES HOMBRO	1850,00	2500,00
16	EXTREMIDADES CODA	1850,00	2500,00
17	EXTREMIDADES MUÑECA	1850,00	2500,00
18	EXTREMIDADES MANO	1850,00	2500,00
19	EXTREMIDADES TOBILLO	1850,00	2500,00
20	EXTREMIDADES PIE	1850,00	2500,00
21	DEDO	1850,00	2500,00
22	OJO	1850,00	2500,00
23	COLANGIO RESONANCIA	1850,00	2500,00
24	ABDOMEN	1850,00	2500,00
25	PELVIS	1850,00	2500,00
26	CADERA	1850,00	2500,00
27	CUELLO	1850,00	2500,00
28	FETAL INTRAUTERINA	1850,00	2500,00
29	ESTADIFICACION DE TU	1850,00	2500,00
30	PROTOCOLO PARA EPILEPSIA	1850,00	2500,00

31	RESONANCIA ONCOLOGICA	1850,00	2500,00
32	ANGIORESONANCIA CEREBRAL	1850,00	2800,00
33	ANGIORESONANCIA DE AORTA ABDOMINAL	1850,00	2800,00
34	ANGIORESONANCIA DE VASOS DEL CUELLO	1850,00	2800,00
35	ANGIORESONANCIA DE TRONCOS SUPRA- AORTICOS	1850,00	2800,00
<b>SERVICIOS DE TOMOGRAFIA</b>			
1	TOMOGRAFIA CRANEO S/C	500,00	
2	TOMOGRAFIA SENOS PARANASALES S/C	500,00	
3	TOMOGRAFIA OIDO S/C	500,00	
4	TOMOGRAFIA CODA S/C	500,00	
5	TOMOGRAFIA MANOS S/C	500,00	
6	TOMOGRAFIA HOMBRO S/C	500,00	
7	TOMOGRAFIA TOBILLO S/C	500,00	
8	TOMOGRAFIA PIE S/C	500,00	
9	TOMOGRAFIA RODILLA S/C	500,00	
10	TOMOGRAFIA TORAX S/C	500,00	
11	TOMOGRAFIA ABDOMEN S/C	500,00	
12	TOMOGRAFIA PELVIS S/C	500,00	
13	COLUMNAS LUMBO-SACRA S/C	500,00	
14	COLUMNAS SACRO COCCIX S/C	500,00	
15	COLUMNAS CERVICAL S/C	500,00	
16	COLUMNAS DORSAL S/C	500,00	
17	COLUMNAS LUMBAR S/C	500,00	
18	TOMOGRAFIA ABDOMEN Y PELVIS S/C	950,00	
19	COLUMNAS TRES CUERPOS VERTEBRALES S/C	500,00	
20	TOMOGRAFIA CRANEO C/C	950,00	
21	TOMOGRAFIA SENOS PARANASALES C/C	950,00	
22	TOMOGRAFIA SILLA TURCA C/C	950,00	
23	TOMOGRAFIA CUELLO C/C	950,00	
24	TOMOGRAFIA ORBITAS C/C	950,00	
25	TOMOGRAFIA TORAX C/C	950,00	
26	TOMOGRAFIA ABDOMEN C/C	950,00	
27	TOMOGRAFIA PELVIS C/C	950,00	
28	COLUMNAS LUMBO-SACRA C/C	950,00	
29	COLUMNAS SACRO COCCIX C/C	950,00	
30	COLUMNAS CERVICAL C/C	950,00	
31	COLUMNAS DORSAL C/C	950,00	
32	COLUMNAS LUMBAR C/C	950,00	

33	UROTOMOGRAFIA S/C	950,00	
34	UROTOMOGRAFIA C/C	1500,00	
35	TOMOGRAFIA ABDOMEN Y PELVIS C/C	1500,00	
36	TOMOGRAFIA TRIFASICO CON CONTRASTE	950,00	
37	ANGIOTOMOGRAFIA CEREBRAL	2500,00	
38	ANGIOTOMOGRAFIA PULMONAR	2500,00	
39	ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMINAL	2500,00	
40	ANGIOTOMOGRAFIA PERIFERICA MMII	2500,00	
41	ANGIOTOMOGRAFIA VASOS SUPRA-AORTICOS	2500,00	
42	ANGIOTOMOGRAFIAS DE CUELLO	2500,00	
43	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVIS	2500,00	
44	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	2500,00	
45	ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTERIAS RENALES	2500,00	
46	FLEBOGRAFIA DE MMII	2500,00	
47	ANGIOTOMOGRAFIA CARDIACA	3500,00	
48	ANGIOTOMOGRAFIA PERIFERICA MMSS	3500,00	

### ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS

#### ESTUDIO CITOPATOLOGICO

1	PAPANICOLAOU (NORMAL) CUANDO DEJAN LAMINAS	35,00	
2	CITOLOGIA NORMAL	150,00	
3	CITOLOGIA DE ESPUTO	150,00	
4	CITOLOGIA DE MAMA	280,00	
5	CITOLOGIA DE TIROIDES	280,00	
6	CITOLOGIA DE LIQUIDOS CORPORALES (PLEURA, LIQUIDO ASCITICO, ETC)	150,00	

#### ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

7	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO	350,00	
8	CONO LEEP CERVICAL	370,00	
9	BIOPSIA DE MAMA (PUNCION)	320,00	
10	BIOPSIA QUISTE DE OVARIO	320,00	
11	NODULECTOMIA DE MAMA	320,00	
12	MASTECTOMIA RADICAL	650,00	
13	BIOPSIA DE ENDOMETRIO (LEGRADO)	320,00	
14	BIOPSIA DE UTERO SIN ANEXOS	350,00	
15	BIOPSIA DE UTERO Y ANEXOS	400,00	
16	BIOPSIA DE POLIPOS ENDOCERVICIALES	320,00	
17	BIOPSIA DE PLACENTA (ORGANO)	450,00	
18	BIOPSIA DE PLACENTA (FRAGMENTOS)	370,00	

<b>GASTROENTEROLOGIA</b>			
19	BIOPSIA DE LENGUA	320,00	
20	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR	320,00	
21	BIOPSIA DE APENDICE CECAL	320,00	
22	BIOPSIA DE ESTOMAGO E INVESTIGACION DE HELYCOBACTERY PILORY (FRAGMENTOS)	320,00	
23	GASTRECTOMIA TOTAL	550,00	
24	BIOPSIA POR PUNCION DE COLON (FRAGMENTOS)	320,00	
25	BIOPSIA DE COLON (COLECTOMA PARCIAL)	500,00	
26	BIOPSIA DE HIGADO POR PUNCION	400,00	
27	BIOPSIA DE HIGADO (LOBECTOMIA PARCIAL)	400,00	
28	BIOPSIA DE HEMORROIDES	320,00	
29	BIOPSIA DE EPIPLON	320,00	
30	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO (ENTERECTOMIA PARCIAL)	450,00	
31	BIOPSIA DE ESOFAGO (FRAGMENTOS)	350,00	
32	BIOPSIA DE RECTO POR PUNCION	350,00	
33	BIOPSIA DE DIVERTICULO DE ESOFAGO	350,00	
<b>DERMATOLOGIA</b>			
34	BIOPSIA DE TEJIDO ADIPOSO (LIPOMA)	320,00	
35	BIOPSIA DE PIEL	320,00	
36	BIOPSIA DE NEVO (LUNAR)	320,00	
<b>NEUMOLOGIA</b>			
38	BIOPSIAS BRONQUIALES	320,00	
39	BIOPSIA DE PLEURA	300,00	
40	BIOPSIA DE PULMON (LOBECTOMIA PARCIAL)	500,00	
<b>UROLOGIA</b>			
41	BIOPSIA DE PENE (FRAGMENTOS)	320,00	
42	BIOPSIA DE PENE	320,00	
43	BIOPSIA DE TESTICULO	400,00	
44	BIOPSIA DE VEJIGA (ORGANO)	350,00	
45	BIOPSIA DE VEJIGA (FRAGMENTOS)	350,00	
46	BIOPSIA DE PROSTATA (POR PUNCION)	350,00	
47	BIOPSIA DE PROSTATA (PROSTATECTOMIA)	450,00	
48	BIOPSIA DE RIÑON (POR PUNCION)	350,00	
49	BIOPSIA DE RIÑON (NEFRECTOMIA TOTAL)	500,00	
<b>TRAUMATOLOGIA</b>			
50	BIOPSIA DE FRAGMENTO OSEO	400,00	
51	BIOPSIA DE GANGLION	320,00	

52	BIOPSIA DE PARTES BLANDAS	320,00	
53	BIOPSIA DE HUESO	500,00	
54	BIOPSIA DE CARTILAGO	320,00	
<b>VARIOS</b>			
55	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	350,00	
56	BIOPSIA DE TIROIDES POR PUNCION	350,00	
57	BIOPSIA DE TIROIDES (ORGANO)	500,00	
58	BIOPSIA DE BAZO	450,00	
59	INMUNOHISTOQUIMICA	2500,00	
<b>ESTUDIOS CARDIOLOGICOS</b>			
1	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR	550,00	
2	ECOGRAFIA DOPPLER CAROTIDAS Y VERTEBRALES	550,00	
3	ECOGRAFIA ARTERIAL MIEMBRO SUPERIOR	550,00	
4	ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL MIEMBRO INFERIOR	550,00	
5	ECOGRAFIA DOPPLER VENOSO MIEMBRO INFERIOR	550,00	
6	ECOGRAFIA DOPPLER VENOSO MIEMBRO SUPERIOR	550,00	
7	M.A.P.A	550,00	
8	TEST ERGOMETRICO O PRUEBA DE ESFUERZO	550,00	
9	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	2100,00	
10	ECOCARDIOGRAMA CON ESTRÉS FARMACOLÓGICO	2700,00	
11	ECOCARDIOGRAMA CON ESTRÉS FÍSICO	2700,00	
12	TILT TEST O TEST DE INCLINACION	650,00	
13	ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIA AORTA ABDOMINAL E ILIACAS	550,00	
14	ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAS MESENTÉRICAS	550,00	
15	ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAS RENALES BILATERALES	550,00	
16	ECOGRAFIA DOPPLER VENOSO CENTRAL	550,00	
17	ECOGRAFIA DOPPLER PRE-OPERATORIO DE FISTULA ARTERIO VENOSA (EX. 2 BRAZOS ART Y VEN)	1300,00	
18	ECOGRAFIA DOPPLER POST-OPERATORIO DE FISTULA ARTERIO -VENOSA (EXAMEN DE CONTROL)	1300,00	
19	HOLTERS 24. HRS.	550,00	
<b>ESTUDIOS DE MAMOGRAFIA</b>			
1	MAMOGRAFIA	350,00	
2	MAMOGRAFIA UNILATERAL	250,00	
3	COMPRESION UNILATERAL	200,00	
4	COMPRESION BILATERAL	350,00	
5	MAGNIFICACION UNILATERAL	200,00	
6	MAGNIFICACION BILATERAL	350,00	

<b>ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS</b>			
1	PANFOTOCOAGULACION CON LASER VERDE (por sesión)	1500	
2	BIOMETRIA AMBOS OJOS	320,00	
3	CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA	320,00	
4	ECOGRAFIA OCULAR AMBOS OJOS	350,00	
5	YAG LASER AMBOS OJOS	1500,00	
6	TOMOGRAFIA OCULAR / COHERENCIA OPTICA	600,00	
7	RETINOFLUORESCENOGRAFIA	850,00	
8	ANGIOGRAFIA OCULAR	850,00	
9	RECUENTO ENDOTELIAL AMBOS OJOS	350,00	
10	APLICACION DE AVASTIN POR SESION (Bevacizumab)	2300,00	
11	ANGIOTOMOGRAFIA AMBOS OJOS	950,00	
<b>ESTUDIOS CARDIOLOGICOS</b>			
1	CINECORONOGRAFIA DIAGNOSTICA	7500,00	
2	CATETERISMO CARDIACO	7500,00	
3	ANGIOPLASTIA CON 1 VASO STENT CONVENCIONAL	33000,00	
4	ANGIOPLASTIA CON 1 VASO STENT LIBERADOR DE DROGA	35500,00	
5	STENT CONVENCIONAL ADICIONAL	8500,00	
6	STENT LIBERADOR DE DROGA	13000,00	
7	ANGIOGRAFIA CEREBRAL	7500,00	
<b>ESTUDIOS ENDOSCOPICOS</b>			
1	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	600,00	
2	ENDOSCOPIA CON BIOPSIA	800,00	
3	ENDOSCOPIA P/ PASAJE DE SONDA NASO ENTERAL	900,00	
4	ENDOSCOPIA CON ESCLEROSIS	1200,00	
5	ENDOSCOPIA CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO	1200,00	
6	ENDOSCOPIA CON DILATACION	1200,00	
7	ENDOSCOPIA CON POLIPECTOMIA	1500,00	
8	ENDOSCOPIA CON LIGADURA ELASTICA (no incluye ligas)	2300,00	
9	ENDOSCOPIA CON COLOCACION DE PROTESIS (sin prótesis)	3500,00	
10	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA (sin set de gastrostomía)	3500,00	
11	LARINGOSCOPIA DIAGNOSTICA	600,00	
12	LARINGOSCOPIA CON BIOPSIA	700,00	
13	COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA	1300,00	
14	COLONOSCOPIA CON BIOPSIA	1500,00	
15	COLONOSCOPIA CON ESCLEROSIS	1500,00	
16	COLONOSCOPIA CON POLIPECTOMIA	1600,00	
17	COLONOSCOPIA CON RETIRADA DE CUERPO EXTRAÑO	1600,00	

18	COLONOSCOPIA CON DILATACION	1600,00	
19	BRONCOSCOPIA	1400,00	
20	BRONCOSCOPIA CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO	1500,00	
21	E.R.C.P + PAPILOTOMIA	3700,00	
22	E.R.C.P + STENT ( sin stent)	3700,00	
<b>SERVICIOS DE HEMODIALISIS</b>			
1	SESIONES DE HEMODIALISIS PACIENTE LIMPIO (por sesión)	650,00	
2	SESIONES DE HEMODIALISIS PORTATIL PACIENTE LIMPIO (por sesión)	800,00	
3	SESIONES DE HEMODIALISIS PERITONEAL (por sesión)	650,00	
<b>ESTUDIOS CONTRASTADOS</b>			
1	COLANGIOGRAFIA	1350,00	
2	COLON POR ENEMA	1400,00	
3	ESOFAGOGASTRODUODENAL	1200,00	
4	ESOFAGOGRAMA	1200,00	
5	FLEBOGRAFIA DE MMII	2500,00	
6	HISTEROSALPINGOGRAFIA	1400,00	
7	SCANOMETRIA DE MIEMBROS INFERIORES	400,00	
8	TRANSITO INTESTINAL	1400,00	
9	URETROCISTROGRAFIA	1400,00	
10	URETROGRAFIA RETROGRADA	1400,00	
11	UROGRAFIA EXCRETORA	1400,00	
12	DENSITOMETRIA OSEA	450,00	
<b>ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS UROLOGICOS</b>			
1	URODINAMIA	2000,00	
2	UROFLUJOMETRIA	380,00	
3	CALIBRACION URETRAL POR SESION	200,00	
<b>SERVICIOS DE AUDIOMETRIA</b>			
1	AUDIOMETRIA TONAL	170,00	
2	AUDIOMETRIA CONDICIONADA	250,00	
3	AUDIOMETRIA A CAMPO LIBRE	250,00	
4	IMPEDANCIOMETRIA - TIMPANOMETRIA	170,00	
5	LOGOAUDIOMETRIA	130,00	
6	ACUFENOMETRIA	130,00	
7	OTOEMISIONES ACUSTICAS	350,00	
8	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	350,00	
<b>ESPECIALIDADES PEDIATRICAS</b>			
1	Ecocardiograma doppler color infantil en consultorio	950,00	

2	Ecocardiograma doppler color infantil portátil ppte. internado	1200,00	
3	Ecocardiograma doppler color fetal en consultorio	1500,00	
4	Ecografía pediátrica y neonatal doppler cerebral	650,00	
5	Ecografía Doppler pediátrica y neonatal partes blandas	650,00	
6	Ecografía pediátrica y neonatal doppler renal	650,00	
7	Ecografías pediátricas en consultorio	330,00	
8	Ecografías pediátricas portátiles	650,00	

### ESTUDIOS NEUROFISIOLOGIA

1	ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES, SUPERIORES O 4 EXTREMIDADES	800,00	
2	ELECTROENCEFALOGRAMA (NIÑOS-ADULTO)	400,00	
3	ELECTROENCEFALOGRAMA TERAPIA INTENSIVA	900,00	
4	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	450,00	
5	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES	450,00	
6	POTENCIALES DE EVOCADO MOTOR	450,00	
7	ELECTRORETINOGRAMA	450,00	
8	MAPEO CEREBRAL	1000,00	

### RAYOS X DENTAL

1	ESTANDAR O RX PANORAMICA	150,00	
2	PEDIATRICA O RX PANORAMICA	150,00	

### SERVICIOS DE FONOAUDIOLOGIA

1	TERAPIA DE PSICOPEDAGOGIA (sesión de 30 minutos)	160,00	
2	TERAPIA DE LENGUAJE (sesión de 30 minutos)	160,00	
3	TERAPIA DE HABLA (sesión de 30 minutos)	160,00	
4	PATOLOGIAS DE LA RESPIRACION (sesión de 30 minutos)	160,00	

**LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS, SERVICIOS ESPECIALIZADOS NEONATALES Y PEDIÁTRICOS, CIRUGÍAS EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y SUB ESPECIALIDADES QUE NO SE ENCUENTREN DENTRO DEL LISTADO DE PRECIOS SERÁN COBRADOS EN BASE AL ARANCEL DE HONORARIOS MÉDICOS DEL COLEGIO MÉDICO DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA (UMAS), MÁS UN RECARGO DEL 10% DE LOS HONORARIOS RESULTANTES DE LOS SERVICIOS ESTO POR TRAMITES ADMINISTRATIVO REALIZADOS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SINEC.**

**NOTA:** La lista de precios establecidos para estos servicios es de acuerdo a la compra de servicios.

Los Servicios auxiliares de diagnóstico, servicios médicos especializados, servicios especializados neonatales y pediátricos, cirugías en las diferentes especialidades y otros que no se encuentren dentro del listado de precios serán cobrados en base al arancel de honorarios médicos del colegio médico de Santa Cruz de la Sierra, más un recargo del 10% de los honorarios resultantes de los servicios esto por trámites administrativo realizados por el Seguro Integral de Salud – SINEC.