

Nombre Empresa/Institución: _____, Nro. Identificación Tributaria NIT : _____,

Nro. Celular de Referencia: _____ y fecha de Inicio de Actividades ___ / ___ / ___, adjunto documentación debidamente foliada y ordenada según requisitos.

NOTA: Se hace conocer que el SINEC solo tiene cobertura a nivel Departamental para la otorgación de prestaciones en Salud.

N°	Requisitos Generales	SI	NO	ORIGINAL	COPIA LEGALIZADA
1	Solicitud de afiliación patronal, dirigida a la Autoridad competente, Dr. José Carlos Oropeza Montoya – Gerente General.				
2	Croquis de ubicación de la empresa con imagen satelital				
3	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador				
4	Certificado de NO Afiliación a otro Ente Gestor de Salud				
5	Número de Identificación Tributaria - NIT (actualizado)				
6	Fotocopia de Pre Aviso de servicios básicos (luz o agua)				
7	Comprobante de Pago por Carnet del Empleador (Bs.10.-)				

Proceda a marcar el que corresponda y complemente los requisitos:

- Organismos No Gubernamentales ONG's (1) Institución Pública Descentralizada (4)
 Empresa Unipersonal (2) Empresa Pública (5)
 Institución Pública (3) Empresa Comercial (6)

N°	(1) Específicos Organismos No Gubernamentales ONG's	SI	NO	ORIGINAL	COPIA LEGALIZADA
8	Planilla original de sueldos y salarios firmada por los trabajadores y Representante Legal (formato del Ministerio de Trabajo), con un mínimo de 5 trabajadores.				
9	Sueldo del Representante Legal o Apoderado equivalente a tres (3) Salarios Mínimos Nacionales				
10	Personalidad jurídica de la asociación, colegio de profesionales, fundación u ONG's emitida por Autoridad competente				
11	Poder del o los apoderados (Original o copia legalizada)				
12	Fotocopia de cédula de identidad del o los apoderados (vigente)				
13	Convenio marco de cooperación para las ONG's				

N°	(2) Específicos Empresa Unipersonal	SI	NO	ORIGINAL	COPIA LEGALIZADA
8	Planilla original de sueldos y salarios con su respectivo haber salarial firmado por los trabajadores y Propietario o Apoderado (formato del Ministerio de Trabajo)				
9	Sueldo del Propietario ó Apoderado equivalente a dos (2) Salarios Mínimos Nacionales				
10	Matrícula de Inscripción, expedida por la Fundación para el Desarrollo Empresarial (FUNDEMPRESA)				
11	Fotocopia de cédula de identidad del Propietario o Apoderado (Vigente)				
12	Formulario de Inscripción a las AFP's Previsión y AFP's Futuro de Bolivia				
13	Licencia de funcionamiento del área al cual pertenece, (fotocopia legalizada)				

NOTA: Las empresas deben presentar los requisitos en un folder amarillo, con nepaco debidamente foliado de atrás para adelante. La empresa cuando realice el cambio de representate 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 serian pasibles a una sanción de acuerdo al Art. 593 del Código de la Seguridad Social. (D.L. 13214 Art. 3 y Art. 4)

N°	(3, 4 o 5) Específicos Instituciones: Pública o Descentralizada /Empresas Públicas	SI	NO	ORIGINAL	COPIA LEGALIZADA
8	Planilla original de sueldos y salarios firmada por los trabajadores y la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) (formato del Ministerio de Trabajo)				
9	Sueldo de la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) equivalente a cuatro (4) Salarios Mínimos Nacionales				
10	Fotocopia legalizada de Resolución Suprema de Nombramiento y posesión de la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE)				
11	Fotocopia de Cédula de Identidad de la Máxima Autoridad Ejecutiva - MAE (vigente)				
12	Registro Obligatorio de Empleadores – ROE (No para las Descentralizadas)				

N°	(6) Específicos Empresas Comerciales	SI	NO	ORIGINAL	COPIA LEGALIZADA
8	Planilla original de sueldos y salarios firmada por los trabajadores incluido el propietario de la empresa o Representante Legal (formato del Ministerio de Trabajo), con un mínimo de 5 trabajadores.				
9	Planilla de Aguinaldos de la Gestión anterior, sellada por el Ministerio de Trabajo (si corresponde)				
10	Sueldo del Representante Legal equivalente a tres (3) Salarios Mínimos Nacionales				
11	Testimonio de escritura pública de constitución de sociedad debidamente registrada				
12	Testimonio de poder notarial de representación legal del apoderado debidamente registrada				
13	Registro Obligatorio de Empleadores – ROE (Original o copia legalizada)				
14	Fotocopia de Cédula de Identidad del Representante Legal (vigente)				
15	Certificación Electrónica Impuestos Nacionales				
16	Certificación de Inscripción Impuestos Nacionales (actualizado)				
17	Formulario de Inscripción y Formulario de pago de aportes a las AFP's Previsión y AFP's Futuro de Bolivia				
18	Matrícula de inscripción, expedida por la Fundación para el Desarrollo Empresarial				
19	Balance de apertura o último balance, según lo que corresponda, (Original y solvencia Colegio de Auditores)				
20	Licencia de funcionamiento del área al cual pertenece, (fotocopia legalizada)				

Representante Legal:

Firma y Sello del Representante Legal
C.I. :

SELLO DE RECEPCIÓN