



REQUISITOS PARA ACTUALIZACION **HIJO (A) MAYOR DE 19 AÑOS**

Telf.: 3392827 Int. 115 Afiliación

- a) **Carnet de asegurado** o formulario de Aviso de Afiliación o Reingreso del asegurado (Fotocopia)
- b) **Certificado de Nacimiento** Original Estado Plurinacional (fotocopia simple)
- c) Fotocopia de Cédula de Identidad (**Asegurado y Beneficiario**)
- d) **Certificado de Estudios**, deberá presentar cada periodo académico según corresponda (**Semestral o Anual**)
- e) Formulario y Certificados de **Negativo de Cajas de Salud**
- f) Certificado Negativo de la **Gestora** (C. San Joaquín esq. Av. Sta. Cruz 2do. Anillo) – 71525589 -
<https://oficinavirtual.gestora.bo/certNpRegAseguradoPublico> - En caso de tener aportes presentar su
EXTRACTO
- g) Certificado **Estado Civil** de Soltero(a) de hijo(a) – SERECI <https://programarcita.sereci-santacruz.com/#/>
- h) Ultima **Boleta de Pago** del Titular (fotocopia simple)
- i) Depósito Cta. Cte. **1-7706762 Banco UNION** (Bs.20 x carnet)
- j) El hijo con Derecho a Renta o Pensión de Orfandad deberá presentar la Resolución emitida por la Gestora Pública, Boleta de pago de renta o pensión de orfandad

SOLICITUD DE INFORMACION A LOS DEPARTAMENTOS DE AFILIACION

SEÑOR JEFE DE AFILIACION :

Agradecemos a Ud.(s) proporcionar informacion si se encuentra (n) afiliado (s) a esa entidad de Seguro Social

EL SR.(A)

CONYUGUE : _____

Mat. _____

HIJO (A) : _____

Mat. _____

HIJO (A) : _____

Mat. _____

HIJO (A) : _____

Mat. _____

HIJO (A) : _____

Mat. _____

HIJO (A) : _____

Mat. _____

PADRES : _____

Mat. _____

Mat. _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR : _____

MATRICULA N° _____ INSTITUCION: _____

INSTITUCIONES	DATOS		FIRMA Y SELLO FUNCIONARIO	OBSERVACIONES
	SI	NO		
CAJA PETROLERA DE SALUD C/ España N° 690 Telf: 3339111 https://afiliado.cps.org.bo/				
CAJA DE SALUD DE CAMINOS Canal Cotoca / 3er. Anillo Ext. Telf: 3461111 Atención hasta las 11:00 am			HACER SELLAR ★	
COSSMIL C/ José Callaú N° 166 7:30 a 13:15 pm Telf: 3348802 https://servicios.cossmil.mil.bo/noafiliacion/#/				
CAJA NACIONAL DE SALUD C/ Cuellar N° 52 Telf: 3370708 https://www.cns.gob.bo/servicios/noafiliacion				
SINEC Av.2 de Agosto entre 6 y 7mo Anillo 8:00 - 16:00 Telf: 3323173 https://sinec.org.bo/consulta-afiliacion/				
CAJA DE LA BANCA PRIVADA Doble via La Guardia entre 4to y 5to. Anillo 8:30 a 12:00 Telf: 3427676 https://noafiliacion.csbp.com.bo/				

NOTA: Adjuntar Fotocopia **Carnet de Identidad**

La validez del presente documento es de 60 días a partir de la fecha de sellado

Ing. Joaquín Soria Oyola
PROFESIONAL I.E.
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
AFILIACION SSU