

REQUISITOS PARA AFILIACION DE ESPOSO (A)

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)
- c) **Certificado de matrimonio** original (Estado Plurinacional)
- d) **Fotocopia de Cédula de identidad** de ambos
- e) **Formulario y Certificados de Negativos de Cajas de Salud** de esposo(a)
- f) **Certificado negativo de SENASIR** para mayores de 55 años (C/Arenales y Puerto Suarez - detras del Cementerio General)
- g) **Certificado Negativo de la Gestora Pública** (C. San Joaquín esq. Av. Sta. Cruz 2do. Anillo) – 71525589 - <https://oficinavirtual.gestora.bo/certNpRegAseguradoPublico> - En caso de tener aportes presentar su EXTRACTO
- h) **Certificado negativo de Impuestos Internos (No Tenencia de NIT)**
<https://siat.impuestos.gob.bo/rnc/public/certificados/cert/no-tenencia-nit>
- i) **Dos Fotos de 3x4** cualquier fondo para file de Afiliación
- j) **Grupo Sanguíneo** (Certificado por Laboratorio)
- k) **Boleta de pago del Titular** (fotocopia simples)
- l) **Deposito Cta. Cte. 10000007706762 Banco UNION (Bs.20 x carnet)**
- m) **En caso de Viudedad el/la Derecho habiente** debe presentar la resolución de declaración de viuda de la GESTORA. Boleta de Pago, llenar formulario de ingreso al sector pasivo
- n) **No estar cotizando por derecho propio** en su condición de trabajador activo (a) en otra actividad sujeta a remuneración o en su condición de empleador

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