

REQUISITOS PARA **AFILIACION PASIVO**



- a) Certificado de nacimiento original (*Estado Plurinacional*)
- b) Formulario AVC hoja de Afiliación
- c) Fotocopia de Cédula de identidad
- d) Certificado de matrimonio original (*Estado Plurinacional*)
- e) Formulario y Certificados de **Negativos de Cajas de Salud**
- f) Contrato de la **GESTORA** (*declaración de Derecho Habiente, Esposa(o) e hijos(o)*)
- g) Certificado de la **GESTORA** que certifique de que mes está **Jubilado (a)** y que sus aportes del 3% pasan al SSU
- h) Boleta de pago **GESTORA**
- i) Extracto de la **GESTORA**
- j) Formulario y Certificados de **Negativos de Cajas de Salud**
- k) Certificado negativo **SENASIR** (C/Arenales y Puerto Rico - detrás del Cementerio General)
- l) Examen Médico **Pre - Afiliación** solicitar la ficha en Fichaje del SSU (**Afiliado nuevo**)
(*Nueva afiliación o por sorteo de la **GESTORA***)
- m) Dos Fotos de **3x4** de cualquier fondo para file de Afiliación
- n) Grupo Sanguíneo (Certificado por Laboratorio)
- o) Depósito Cta. Cte. 1-7706762 Banco UNION (Bs. 200 x examen Pre afiliación) (**Afiliado nuevo**)
- p) Depósito Cta. Cte. 1-7706762 Banco UNION (Bs.20 x carnet)



SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO



HOJA DE AFILIACIÓN
SECTOR PASIVO

Apellido y Nombres: _____ Sexo: _____
Paterno Materno Nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ N° C. de Identidad: _____ G. Sanguíneo _____
Día Mes Año

Lugar de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Domicilio Actual: _____ N°.: _____ Zona: _____

Teléfonos Domicilio N°. _____ Administradora Fondo de Pensiones: _____

Fecha inicio de Renta: _____

Nombre del Cónyuge.

ó conviviente: _____ Ocupación: _____
Paterno Materno Nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____
Día Mes Año

G. Sanguíneo _____ N° C. de Identidad _____

Dependientes Directos Calificados por la Administradora de Pensiones:

Nombre y Apellidos	Relación con el Asegurado	Fecha de Nacimiento	Grupo Sanguíneo	Observaciones

Nota: Si los espacios son _____ Santa Cruz, _____ de _____ de _____
Insuficientes, solicite
Otro formulario

Firma del Trabajador

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. Joaquin Soria Oyola
PROFESIONAL I.E.
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
AFILIACION SSU