

Telf.: 3392827 Int. 115 Afiliación

REQUISITOS PARA AFILIACION



- a) *Formulario de Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador - Llenar (RR-HH)*
- b) *Formulario AVC-04 hoja de Afiliación*
- c) *Certificado de nacimiento original (Estado Plurinacional)*
- d) *Fotocopia carnet identidad Titular (En caso de Extranjero o Residencia Fotocopia Simple)*
- e) *Fotocopia del contrato de Trabajo o Memorándum (Resolución Docente)*
- f) *Última Boleta de Pago (fotocopia simple)*
- g) *Formulario y Certificados de Negativo de Cajas de Salud*
- h) *Examen Médico pre ocupacional otorgado* **(Costo debe pagar el Empleador 200 UFV)**
- i) *Formulario del Examen Médico Pre-Ocupacional otorgado por la GESTORA - (Medicina Laboral) del SSU*
- j) *En caso de constatarse estado de gestación de la Titular o Beneficiaria para acceder al beneficio de maternidad previo al parto deberá contar con el número de cotizaciones que exige la norma*
- k) *Grupo de Sangre (Certificado por Laboratorio)*
- l) *Dos Fotos de 3x4 cualquier fondo para file de Afiliación*
- m) *Deposito Cta. Cte. 1-7706762 Banco Unión (20 Bs. x Carnet)*

Lunes a Viernes
06:00 am



SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Form.AVC-04



HOJA DE AFILIACIÓN

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: _____

Teléf: Dom. Celular. N°. _____ Trabajo N°.: _____ E-mail: _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Nombre del Cónyuge. _____
ó conviviente: _____ Ocupación: _____

Paterno Materno Nombre
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____
Día Mes Año

Grupo Sanguíneo _____ N° C. de Identidad _____

Dependientes Directos:

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

Relación de trabajo en la: _____

Fecha de Ingreso: ____/____/____ Cargo: _____ Sueldo Bs. _____

Cambios Posterior	Cargo	Sueldos Bs.

Antecedentes de Trabajo:

Años	Empresa o Entidad donde trabajo (Empezando la más antiguas)	Cargo

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

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

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

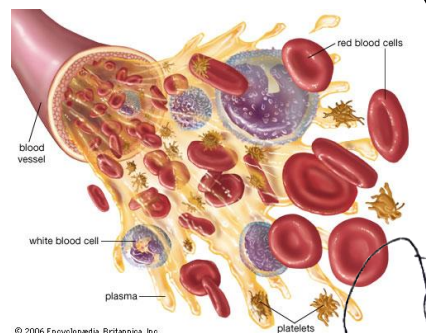
Nombre:

Fecha:/...../.....

LABORATORIO PARA AFILIACIÓN AL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

**HEMOGRAMA
GLUCOSA
CREATININA
ELISA PARA HIV
HAI PARA CHAGAS
VDRL
GRUPO DE SANGRE**

Nota: Favor presentarse en ayunas



Ing. Joaquin Soria Oyola
PROFESIONAL DE
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO



SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

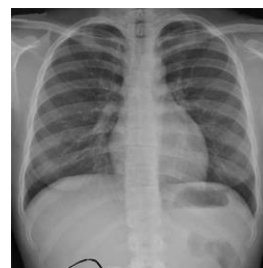
Fecha: ____/____/____

Nombre: _____

Institución: _____

Examen Solicitado:

RX: TORAX – PA



Ing. Joaquin Soria Oyola
PROFESIONAL I E
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
