24

Sinec
Seguro Integral de Salud
CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL

REGLAMENTO DE AFILIACIÓN, DESAFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN

Aprobado con Resolución Administrativa Nro. 017/2024
de fecha 31 de diciembre de 2024

SANTA CRUZ - BOLIVIA

INDICE

INDICE 1
CAPITULO I 2
ASPECTOS GENERALES ... 2
Artículo 1º Objeto ... 2
Artículo 2º Base Legal ... 2
Artículo 3º Ámbito de Aplicación ... 2
Artículo 5º Revisión y Actualización ... 4
Artículo 6º Aprobación y Vigencia ... 4
Artículo 7º Difusión ... 4
Artículo 8º Verificación ... 4
CAPITULO II 4
AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR ... 4
Artículo 9° (Afiliación del Empleador) ... 4
Artículo 10° (Número de Empleador) ... 5
Artículo 11° (Negativa de Afiliación de Empleador) ... 5
Artículo 12° (Requerimientos para la Afiliación del Empleador) ... 5
Artículo 13° (Aviso de Novedades del Empleador) ... 7
CAPITULO III 8
AFILIACION DE PERSONAS ... 8
Artículo 14° (Plazo y Registro para la Afiliación de Trabajadores) ... 8
Artículo 15° (Responsable del Proceso de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación) ... 8
Artículo 16° (Plazo para el Proceso de Afiliación de un Trabajador) ... 8
Artículo 17° (Obligaciones del Seguro Integral de Salud –SINEC) ... 8
Artículo 18° (Cotizaciones) ... 8
Artículo 19° (Incumplimiento a la Afiliación de Trabajadores al Seguro) ... 9
Artículo 20° (Del Examen Pre Ocupacional y Post Ocupacional) ... 9
Artículo 21° (Requisitos de Afiliación de Personas) ... 9
Artículo 22° (Requisitos para Ampliación de Prestaciones a Beneficiarios) ... 10
Artículo 23° (Afiliación de Esposa, Esposo o Conviviente que Presta Servicios Remunerados) 11
CAPITULO IV 11
DESAFILIACIÓN, REAFILIACIÓN Y ELECCION Y CONTINUIDAD DE ENTE GESTOR ... 11
Artículo 24° (Desafiliación y Re-afiliación) ... 11
Artículo 25° (Elección y Continuidad de Ente Gestor) ... 11

CAPITULO I
ASPECTOS GENERALES

Artículo 1º Objeto

El presente Reglamento tiene por objeto establecer un marco normativo, que regula los procesos de Afiliación, Desafiliación y Re afiliación de empleadores, asegurados titulares y beneficiarios del Seguro Integral de Salud – SINEC.

Artículo 2º Base Legal

El presente Reglamento, está sustentado por la siguiente base legal:

a) Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.
b) Código de Seguridad Social y sus Reglamentos.
c) Ley N° 1178, de Administración y Control Gubernamentales y sus Reglamentos, de fecha 20 de julio de 1990.
d) Decreto Ley Nro. 13214 de fecha 24 de diciembre de 1975 elevado a rango mediante Ley Nro. 006 de fecha 01 de mayo de 2010.
e) Ley Nro. 603 de fecha 19 de noviembre de 2014.
f) Ley Nro. 890, modificatoria al Decreto Ley Nro. 13214, contenido del Aviso de Baja de Asegurado, de fecha 26 de enero de 2017.
g) Decreto Supremo Nro. 5315 de fecha 30 de septiembre de 1959; Reglamento al Código de Seguridad Social.
h) Decreto Supremo Nro. 26237 de Modificación al Reglamento de Responsabilidad por la Función Pública de fecha 29 de junio de 2001.
i) Decreto Supremo Nro. 25714, de fecha 23 de marzo de 2000, que regula la efectivización y cumplimiento de las cotizaciones devengadas a los entes gestores.
j) Decreto Supremo Nro. 28898 de fecha 25 de octubre de 2006
k) Decreto Supremo Nro. 268 de fecha 26 de agosto de 2009.
l) Decreto Supremo Nro. 3008, modifica el Decreto Supremo Nro. 25714, el incumplimiento o el retraso en la presentación del “Aviso de Baja de Asegurado, de fecha 07 de diciembre de 2016.
m) Otras normas conexas.

Artículo 3º Ámbito de Aplicación

El presente Reglamento es de cumplimiento y aplicación obligatoria por las áreas y unidades organizacionales del SINEC, que tengan responsabilidades definidas en el presente documento y las empresas o instituciones afiliadas al Seguro Integral de Salud – SINEC.

Artículo 4° (Definiciones) Se establece la siguiente terminología:

Código de Seguridad Social. Es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capitalismo humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

Afiliación. Es el procedimiento administrativo de inscripción ante el Ente Gestor, para el reconocimiento de las prestaciones de la Seguridad Social de Corto Plazo.

Afiliación del Empleador. Es el registro obligatorio del Empleador en un Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo.

Asegurado. Es el Trabajador afiliado en un Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo con acceso a las presentaciones en especie y en dinero, que se encuentra sujeto al campo de aplicación del Código de Seguridad Social.

Beneficiarios. Los miembros de la familia del asegurado, protegidos por las disposiciones del Código de Seguridad Social y normas conexas.

Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo. Institución pública descentralizada, encargada por el Estado de la gestión y aplicación de los Regímenes de la Seguridad Social de Corto Plazo.

Elección de Ente Gestor. Procedimiento administrativo mediante el cual toda persona que cuenta con dos o más empleadores elige al Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo de su preferencia.

Continuidad de Ente Gestor. Procedimiento Administrativo, por el cual, el trabajador beneficiario tienen derecho a solicitar, continuar en el Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo, cuando exista un diagnóstico y la necesidad de continuidad de los tratamientos médicos.

Cotización. Es el aporte de los Regímenes de la Seguridad Social de Corto Plazo, para la cobertura de las prestaciones en especie o dinero, que se asigna tanto al empleador como al asegurado.

Queda establecido que los términos “prima, aporte, tasas y contribuciones” que se usan en Seguridad Social de Corto Plazo, son sinónimos de cotización para los efectos del presente Reglamento.

Desafiliación de Ente Gestor. Procedimiento Administrativo por el cual, los empleadores pueden solicitar el cambio de Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo.

Reafiliación en Ente Gestor. Procedimiento Administrativo por el cual, los empleadores pueden solicitar el registro en un nuevo Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo.

Derechohabiente. Son los beneficiarios del asegurado fallecido, en los siguiente grados: Primer Grado, Segundo Grado y Tercer Grado conforme al Código de Seguridad Social, Sistema Integral de Pensiones y sus Reglamentos.

Empleador. Persona natural o jurídica, pública o privada, a quien se presta servicio, o por cuya cuenta y orden se efectúa el trabajo mediante un contrato laboral, público o privado, expreso o presunto, de aprendizaje, cualquiera sea la forma o modalidad de remuneración.

Están también considerados como empleadores, los cooperativistas de producción, los contratistas, subcontratistas e intermediarios en la explotación de empresas y negocios, asimismo el Estado, sus organismos dependientes, las instituciones de derecho público respecto a sus empleados y obreros.

Matrícula o Número del Trabajador. Código otorgado por el Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo al asegurado y beneficiarios.

Artículo 5º Revisión y Actualización

Debido a la dinámica institucional, será necesario efectuar enmiendas que permitan actualizar y/o modificar los respectivos articulados del presente Reglamento, como resultado de la experiencia de su aplicación o cuando existan nuevas disposiciones al respecto, el área de Afiliación y Seguro y Vigencia de Derecho en lo que corresponda son responsables de ajustar el Reglamento y remitir al área de Planificación para revisión técnica y gestionar la aprobación, previa homologación por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS.

Artículo 6º Aprobación y Vigencia

El presente Reglamento será aprobado por la Gerencia General mediante disposición expresa, previa homologación; para su posterior puesta en vigencia.

Artículo 7º Difusión

La difusión del presente apartado será responsabilidad del área de Planificación del SINEC.

Artículo 8º Verificación

El grado de aplicación del presente Reglamento podrá ser verificado por la Gerencia de Servicio General, el área de Gestión de Calidad y por Auditoria Interna del SINEC., de acuerdo a disposiciones legales en vigencia.

CAPITULO II
AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR

Artículo 9° (Afiliación del Empleador)

I. Todo empleador que tenga a su servicio trabajadores sujetos al campo de aplicación del Código de Seguridad Social, está en la obligación de Registrarse en un Ente Gestor de la

Seguridad Social de Corto Plazo, para lo cual utilizara el formulario de "Solicitud de Afiliación de Empresas o Instituciones". (Anexo 1) Dicho registro, deberá realizarse dentro del plazo de cinco (5) días hábiles de iniciada la actividad institucional o económica, computable esta última a partir de la emisión de la licencia de funcionamiento, gozando el empleador durante dicho plazo del derecho de elegir al Ente Gestor de su preferencia.

II. El empleador que incumpla su obligación de registro en un Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo, dentro del plazo señalado, pierde el derecho de elegir al Ente Gestor de su preferencia.

III. Cuando los empleadores pierdan el derecho de elegir al Ente Gestor de su preferencia, deberá a la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo – ASUSS, instancia administrativa que en plazo máximo de quince (15) días hábiles, asignará un Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo, para su afiliación correspondiente conforme a procedimiento específico.

Artículo 10° (Número de Empleador)

El "Número de Empleador", es el código asignado por el Seguro Integral de Salud – SINEC; correspondiente, para identificar a los empleadores.

Artículo 11° (Negativa de Afiliación de Empleador)

El Seguro Integral de Salud –SINEC., podrá rechazar con la emisión de informe fundamentado y ser remitido a la ASUSS para conocimiento.

Artículo 12° (Requerimientos para la Afiliación del Empleador)

El empleador deberá presentar para su afiliación al Seguro Integral Salud -SINEC, la siguiente documentación por tipo de empleador:

N°	Requisitos Generales
1	Solicitud de afiliación patronal, dirigida a la Autoridad competente, Gerente General.
2	Croquis de ubicación de la empresa con imagen **satelital y manual**.
3	Certificado de NO Afiliación a otro Ente Gestor de Salud.
4	Formulario de Afiliacion del Empleador.
5	Número de Identificación Tributaria - NIT (actualizado).
6	Fotocopia de Pre Aviso de servicios básicos (Luzo Agua).
7	Comprobante de Pago por Carnet del Empleador **(Bs.10.-) (una vez concluya el proceso de afiliacion)**.

Proceda a maracar 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)**

Una vez identificado el tipo de empresa o institución, complemente los requisitos con los siguientes documentos:

N°	**(1) Asociaciones, Fundaciones y Organismos No Gubernamentales ONG´s**
8	Documento de constitución de la Asociación, Fundación u Organismo No Gubernamental, emitido por autoridad competente (Original o Fotocopia Legalizada).
9	Personería jurídica de la asociación, colegio de profesionales, fundación u ONG's emitida por Autoridad competente.
10	Testimonio de poder notarial del o los apoderados (Original o copia legalizada).
11	Convenio marco de cooperación para las ONG's si corresponde (Original o Fotocopia Legalizada).
12	Licencia de funcionamiento del área al cual pertenece, (Fotocopia Legalizada).
13	Fotocopia de cédula de identidad del o los apoderados (vigente).
14	Planilla original de sueldos y salarios firmada por los trabajadores y Representante Legal (formato del Ministerio de Trabajo), con un mínimo de 5 trabajadores.
15	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.
16	Sueldo del Representante Legal o Apoderado equivalente a **tres (3)** Salarios Mínimos Nacionales.

Nro.	**(2) Empresa Unipersonal**
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	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.
10	Sueldo del Propietario ó Apoderado equivalente a **dos (2)** Salarios Mínimos Nacionales.
11	Matricula de Comercio extendida por el SEPREC.
12	Fotocopia de cédula de identidad del Propietario o Apoderado (Vigente).
13	Formulario de Inscripción a la Gestora Pública.
14	Licencia de funcionamiento del área al cual pertenece, (Original o Fotocopia Legalizada).

N°	**(3) Instituciones Públicas:**
8	Designación, nombramiento o posesión de la Máxima Autoridad Ejecutiva - MAE de la Institución Pública (Original o fotocopia Legalizada).
9	Fotocopia de Cédula de Identidad de la Máxima Autoridad Ejecutiva - MAE (vigente).
10	Registro Obligatorio de Empleadores – ROE (No para las Descentralizadas).
11	Planilla original de sueldos y salarios firmada por los trabajadores y la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) (**formato del Ministerio de Trabajo**).
12	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.

N°	**(4) Empresas Públicas:**
8	Designación, nombramiento o posesión de la Máxima Autoridad Ejecutiva - MAE de la Institución Pública (Original o fotocopia Legalizada).
9	Documento de creación de la empresa Pública (Original o fotocopia legalizada).
10	Registro Obligatorio de Empleadores – ROE (No para las Descentralizadas).
11	Planilla original de sueldos y salarios firmada por los trabajadores y la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) (formato del Ministerio de Trabajo).
12	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.

N°	(5) Cooperativas:
8	Documento que acredite la personería jurídica de la Cooperativa emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Cooperativas - AFCOOP (Original o fotocopia legalizada).
9	Licencia de funcionamiento del área al cual pertenece, (Fotocopia Legalizada).
10	Testimonio de poder notarial de representación legal del apoderado debidamente registrado en el SEPREC (Original o Fotocopia Legalizada).
11	Fotocopia de Cédula de Identidad del o los apoderados (vigente).
12	Planilla original de sueldos y salarios firmada por los trabajadores y la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) (formato del Ministerio de Trabajo).
13	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.

N°	(6) Empresas Comerciales:
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 3 (tres) trabajadores.
9	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.
10	Planilla de Aguinaldos de la Gestión anterior, sellada por el Ministerio de Trabajo (si corresponde).
11	Sueldo del Representante Legal equivalente a **dos (2)** Salarios Mínimos Nacionales.
12	Testimonio de escritura pública de constitución de sociedad debidamente registrada en el **SEPREC** (Original o Fotocopia Legalizada).
13	Testimonio de poder notarial de representación legal del apoderado debidamente registrado en el **SEPREC** (Original o Fotocopia Legalizada).
14	Registro Obligatorio de Empleadores – ROE (Original o copia legalizada).
15	Fotocopia de Cédula de Identidad del Representante Legal (vigente).
16	Certificación Electrónica Impuestos Nacionales
17	Certificado de Inscripción Impuestos Nacionales (actualizado).
18	Formulario de Inscripción a la Gestora Pública.
19	Matricula de Comercio expedida por el **SEPREC** (Original o Fotocopia Legalizada).
20	Balance de apertura o último balance, según lo que corresponda, (Original y solvencia Colegio de Auditores).
21	Licencia de funcionamiento del área al cual pertenece, (Fotocopia Legalizada).

Artículo 13° (Aviso de Novedades del Empleador)

El empleador está en la obligación de comunicar al Seguro Integral de Salud - SINEC, a través del Formulario de "Aviso de Novedades del Empleador", dentro del plazo de cinco (5) días hábiles de acontecidas las siguiente variaciones:

- Cambio de nombre o razón social.
- Suspensión temporal o definitiva de actividades.
- Nuevo domicilio legal o centro de trabajo.
- Reinicio de actividad económica.
- Cambio de representante legal.
- Fusión o Transformación del empleador.
- Apertura de sucursales.

Ante el incumplimiento por parte del empleador en la presentación del Aviso de Novedades, el SINEC aplicara como sanción una multa equivalente al 1% sobre la planilla cotizable del periodo en el cual se produjo la variación.

La multa establecida se aplicara en las variaciones acontecidas con posterioridad a la aprobación y publicación del presente reglamento y no tendrá efecto retroactivo.

CAPITULO III
AFILIACION DE PERSONAS

Artículo 14° (Plazo y Registro para la Afiliación de Trabajadores)

Los empleadores que se encuentran afiliados al Seguro Integral de Salud –SINEC., tienen la obligación de registrar a sus trabajadores en el SINEC, dentro del plazo máximo de cinco (5) días hábiles, a partir de la fecha de iniciada la relación laboral, incluyendo el periodo de prueba, para lo que deberán utilizar el formulario de "Aviso de Afiliación del Trabajador".

Artículo 15° (Responsable del Proceso de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación)

El área Responsable del proceso de afiliación según la estructura organizacional del Seguro Integral de Salud – SINEC, es el Departamento de Afiliación.

Artículo 16° (Plazo para el Proceso de Afiliación de un Trabajador)

El proceso de afiliación de un trabajador será dentro del plazo máximo de cinco (5) días hábiles, desde la presentación del aviso de afiliación.

Artículo 17° (Obligaciones del Seguro Integral de Salud –SINEC)

1. Recepcionar, revisar y afiliar en la base de datos correspondientes a los asegurados.
2. Actualizar base de datos de afiliados periódicamente.
3. Emitir Certificaciones a los asegurados y no asegurados.
4. Verificar la presentación de los Avisos de Bajas que estén en los plazos establecidos.
5. Resguardar los documentos presentados por los asegurados.
6. Crear y mantener actualizadas los archivos de documentos individuales de los asegurados.
7. Establecer mecanismos de control y seguimiento en los procedimientos de afiliación de los asegurados, activos, pasivos y beneficiarios.
8. Atender consulta de los afiliados.

Artículo 18° (Cotizaciones)

Las cotizaciones son financiadas en el porcentaje del aporte del empleador, establecido en la normativa vigente, calculada sobre el total ganado en planilla por sus trabajadores, para ser administrado por el Seguro Integral de Salud –SINEC., así como:

a) El parámetro de la cotización para la afiliación al Seguro Integral de Salud – SINEC, por parte de los empleadores, en ningún caso debe ser inferior al salario mínimo nacional establecido por el gobierno central.
b) El Seguro Integral de Salud - SINEC, no podrán negar la afiliación del trabajador que perciba el salario mínimo nacional.
c) Cuando un trabajador preste servicios a medio tiempo o carga horaria diferenciada, el empleador nivelará el aporte a la cotización sobre el salario mínimo nacional.

Artículo 19° (Incumplimiento a la Afiliación de Trabajadores al Seguro)

En caso de que los empleadores incumplan con el registro de los trabajadores en el Seguro Integral de Salud - SINEC, según plazo establecido en el presente reglamento, los trabajadores podrán acudir a la ASUSS, instancia que previo requerimiento de información con el fin de acreditar el referido incumplimiento, a través de Resolución Administrativa instruirá la afiliación inmediata.

Artículo 20° (Del Examen Pre Ocupacional y Post Ocupacional)

a) De conformidad a los Arts. 117 y 124 del Reglamento del Código de Seguridad Social, el Empleador está en la obligación de constatar el estado de salud de sus trabajadores al ingreso y retiro.
b) El monto del examen pre ocupacional y post ocupacional, será cubierto íntegramente por el empleador.
c) El examen pre ocupacional deberá ser realizado o programado hasta en un máximo de treinta (30) días calendario; pasado dicho término, si el trabajador no acude a la realización de los exámenes, pagará un monto similar por los mismos.
d) El examen post ocupacional deberá ser realizado o programado hasta en un máximo de sesenta (60) días calendario posteriores a la desvinculación laboral, pasado el término, el trabajador desvinculado pagará un monto similar para realizar dicho examen.

Artículo 21° (Requisitos de Afiliación de Personas)

Los requisitos estarán establecidos para los siguientes tipos de afiliación:

1. Afiliación del trabajador.
2. Afiliación de hijos hasta cumplidos los 19 años como beneficiarios menores de 18 años como beneficiaria (o).
3. Afiliación de hijos recién nacidos como beneficiaria (o).
4. Afiliación del asegurado jubilado titular.
5. Afiliación de derecho habiente.
6. Afiliación de beneficiarios hijos declarados inválidos.
7. Afiliación de beneficiarios menores con tutela expresa.
8. Afiliación de beneficiarios hijastro (a).
9. Afiliación de beneficiarios padre o madre.

10. Afiliación de beneficiarios esposa (o).
11. Afiliación de beneficiario pareja en unión libre.
12. Para ampliación de prestación a beneficiarios hijos (as) de 19 a 25 años.
13. Afiliación beneficiario - esposo/a – jubilado.
14. Afiliación de hijos de jubilados menores de 18 años.

Siendo el área de Afiliación la responsable de la revisión detallada de los requisitos que acompañan el proceso de afiliación, los mismos que deberán estar de acuerdo a los requisitos establecidos en el Anexo 2 para cada caso.

Artículo 22° (Requisitos para Ampliación de Prestaciones a Beneficiarios)

Para solicitar aplicación de prestaciones como beneficiario el requisito será el siguiente:

PARA BENEFICIARIOS HIJOS HASTA CUMPLIDOS LOS VEINTICINCO (25) AÑOS.- Debiendo cumplirse obligatoriamente con las siguientes condicionantes:

- Ser estudiante de establecimientos autorizados por el Estado y que no brinden Seguro Médico estudiantil.
- Los que acrediten encontrarse con el estado civil soltero/a
- Que no realice ninguna actividad que les generen ingresos económicos, es decir, que dependan del(a) asegurado(a).

1.	Carnet de Asegurado/a Titular del seguro (vigente).
2.	Ultima boleta de pago del(a) Titular
3.	Certificado de nacimiento original **(con QR)** del(a) beneficiario hijo/a.
4.	Fotocopia de la cédula de identidad del(a) beneficiario hijo/a (fotocopia simple)
5.	Formulario de Inserción de Beneficiario/a del Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo correspondiente (original). Lo emite Afiliaciones
6.	Formulario o Certificado de **NO afiliación** del(a) beneficiario/a, emitido por la unidad de Afiliaciones, debe ser presentado debidamente sellado y rubricado por los Entes Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo o certificación emitida por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS (original)
7.	Certificado de Estudio, emitido por el establecimiento educativo que acredite que se encuentra inscrito en cursos de educación superior según corresponda, **(ORIGINAL).** Debe ser presentado de manera semestral, anual o de acuerdo a la modalidad de estudio.
8.	Pago de la Matricula de inscripción al establecimiento educativo que acredite que se encuentra **(ORIGINAL)** inscrito. Debe ser presentado de manera semestral, anual o de acuerdo a la modalidad de estudio.
9.	Certificado de soltería emitido por el Servicio de Registro Civil - SERECI **(ORIGINAL)**
10.	Grupo Sanguíneo, con documento de respaldo.
11.	Certificado de la **Gestora Pública,** acreditando la no existencia de aportes realizado individual o por terceros vigente (Original)
12.	Certificado del **Servicio de Impuestos Nacionales**, de no contar con un número de Identificación Tributaria **(NIT).**
13.	Certificado del **Gobierno Autónomo Municipal**, de inexistencia de actividad comercial.
14.	Constancia de información sobre normas institucionales, emitido por Trabajo Social.

Únicamente los requisitos previstos en los numerales 7, 9 y 11, serán solicitados por el SINEC cada seis (06) meses, a fin de verificar que subsistan las condiciones para la ampliación de prestaciones.

Para la ampliación de prestaciones a hijos mayores de diecinueve (19) años de edad, no se requiere aprobación de la Comisión de Prestaciones del SINEC.

Así también corresponderá la ampliación de prestaciones sin límite de edad, a los hijos que fueron declarados inválidos por los servicios médicos del SINEC, antes de cumplir las edades establecidas.

Artículo 23° (Afiliación de Esposa, Esposo o Conviviente que Presta Servicios Remunerados)

Cuando la esposa, esposo o conviviente del asegurado preste servicios remunerados a un empleador, y en razón a su relación laboral se encuentre asegurada o asegurado a un Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo por derecho propio, gozará de las prestaciones en la entidad a la cual se halle cotizando en su condición de trabajadora o trabajador, activa o activo; mientras mantenga esta condición no podrá gozar del seguro del esposo, esposa o conviviente como beneficiaria o beneficiario.

CAPITULO IV
DESAFILIACIÓN, REAFILIACIÓN Y ELECCION Y CONTINUIDAD DE ENTE GESTOR

Artículo 24° (Desafiliación y Re-afiliación)

Los empleadores que requieran realizar una desafiliación y re afiliación deberán hacer conforme al Reglamento de Afiliación, Desafiliación y Re afiliación para la Seguridad Social de Corto Plazo de la ASUSS, cumpliendo los procesos establecidos en su capítulo IV y V respectivamente.

Artículo 25° (Elección y Continuidad de Ente Gestor)

La solicitud de elección y continuidad en un Ente Gestor se lo realizara conforme el Reglamento de Afiliación, Desafiliación y Re afiliación para la Seguridad Social de Corto Plazo de la ASUSS, cumpliendo los procesos establecidos en su capítulo VI.

ANEXO 1

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EMPRESAS O INSTITUCIONES — **FECHA: ___/___/____**

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

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

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, Gerente General.				
2	Croquis de ubicación de la empresa con imagen **satelital y manual**.				
3	Certificado de NO Afiliación a otro Ente Gestor de Salud.				
4	Formulario de Afiliacion del Empleador.				
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.-) (una vez concluya el proceso de afiliacion).**				

Proceda a maracar el que corresponda y complemente los requisitos:

☐	Asociaciones, Fundaciones y Organismos No Gubernamentales ONG´s **(1)**	■	Empresas Públicas **(4)**
☐	Empresa Unipersonal **(2)**	■	Cooperativas **(5)**
☐	Instituciones Públicas **(3)**	■	Empresas Comerciales **(6)**

N°	(1) Asociaciones, Fundaciones y Organismos No Gubernamentales ONG´s	SI	NO	ORIGINAL	COPIA LEGALIZADA
8	Documento de constitución de la Asociación, Fundación u Organismo No Gubernamental, emitido por autoridad competente (Original o Fotocopia Legalizada).				
9	Personería jurídica de la asociación, colegio de profesionales, fundación u ONG's emitida por Autoridad competente.				
10	Testimonio de poder notarial del o los apoderados (Original o copia legalizada).				
11	Convenio marco de cooperación para las ONG's si corresponde (Original o Fotocopia Legalizada).				
12	Licencia de funcionamiento del área al cual pertenece, (Fotocopia Legalizada).				
13	Fotocopia de cédula de identidad del o los apoderados (vigente).				
14	Planilla original de sueldos y salarios firmada por los trabajadores y Representante Legal (formato del Ministerio de Trabajo), con un mínimo de 5 trabajadores.				
15	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.				
16	Sueldo del Representante Legal o Apoderado equivalente a **tres (3)** Salarios Mínimos Nacionales.				

Nro	(2) 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	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.				
10	Sueldo del Propietario ó Apoderado equivalente a **dos (2)** Salarios Mínimos Nacionales.				
11	Matricula de Comercio extendida por el SEPREC.				
12	Fotocopia de cédula de identidad del Propietario o Apoderado (Vigente).				
13	Formulario de Inscripción a la Gestora Pública.				
14	Licencia de funcionamiento del área al cual pertenece, (Original o 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 represéntate legal, cambio de domicilio, baja temporal, baja definitiva, cambio de razón social, reinicio de actividades, fusión o transformacion de empresa, apertura de sucursal o cambio de actividades, deberá avisar al Ente Gestor de Salud en el lapso de cinco (5) días habiles de acontecida la variacion mediante el formulario de Aviso de Novedades, el caso omiso seran pasibles a una sanción de acuerdo a Disposicion Adicional Primera del Reglamento de Afiliacion, Desafiliacion y Reafiliacion para la Seguridad Social de Corto Plazo.

N°	(3) Instituciones Públicas:	SI	NO	ORIGINAL	COPIA LEGALIZADA
8	Designación, nombramiento o posesión de la Máxima Autoridad Ejecutiva - MAE de la Institución Pública (Original o fotocopia Legalizada).				
9	Fotocopia de Cédula de Identidad de la Máxima Autoridad Ejecutiva - MAE (vigente).				
10	Registro Obligatorio de Empleadores – ROE (No para las Descentralizadas).				
11	Planilla original de sueldos y salarios firmada por los trabajadores y la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) (**formato del Ministerio de Trabajo**).				
12	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.				

N°	(4) Empresas Públicas:	SI	NO	ORIGINAL	COPIA LEGALIZADA
8	Designación, nombramiento o posesión de la Máxima Autoridad Ejecutiva - MAE de la Institución Pública (Original o fotocopia Legalizada).				
9	Documento de creación de la empresa Pública (Original o fotocopia Legalizada).				
10	Registro Obligatorio de Empleadores – ROE (No para las Descentralizadas).				
11	Planilla original de sueldos y salarios firmada por los trabajadores y la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) (formato del Ministerio de Trabajo).				
12	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.				

N°	(5) Cooperativas:	SI	NO	ORIGINAL	COPIA LEGALIZADA
8	Documento que acredite la personería judídica de la Cooperativa emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Cooperativas - AFCOOP (Original o fotocopia legalizada).				
9	Licencia de funcionamiento del área al cual pertenece, (Fotocopia Legalizada).				
10	Testimonio de poder notarial de representación legal del apoderado debidamente registrado en el SEPREC (Original o Fotocopia Legalizada).				
11	Fotocopia de Cédula de Identidad del o los apoderados (vigente).				
12	Planilla original de sueldos y salarios firmada por los trabajadores y la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) (formato del Ministerio de Trabajo).				
13	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.				

N°	(6) 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 3 (tres) trabajadores.				
9	Planilla adicional de beneficiarios por cada trabajador.				
10	Planilla de Aguinaldos de la Gestión anterior, sellada por el Ministerio de Trabajo (si corresponde).				
11	Sueldo del Representante Legal equivalente a **dos (2)** Salarios Mínimos Nacionales.				
12	Testimonio de escritura pública de constitución de sociedad debidamente registrada en el **SEPREC** (Original o Fotocopia Legalizada).				
13	Testimonio de poder notarial de representación legal del apoderado debidamente registrado en el **SEPREC** (Original o Fotocopia Legalizada).				
14	Registro Obligatorio de Empleadores – ROE (Original o copia legalizada).				
15	Fotocopia de Cédula de Identidad del Representante Legal (vigente).				
16	Certificación Electrónica Impuestos Nacionales				
17	Certificado de Inscripción Impuestos Nacionales (actualizado).				
18	Formulario de Inscripción a la Gestora Pública.				
19	Matrícula de Comercio expedida por el **SEPREC** (Original o Fotocopia Legalizada).				
20	Balance de apertura o último balance, según lo que corresponda, (Original y solvencia Colegio de Auditores).				
21	Licencia de funcionamiento del área al cual pertenece, (Fotocopia Legalizada).				

Representante Legal:

_____

Firma y Sello del Representante Legal

C.I. :

SELLO DE RECEPCIÓN

ANEXO 2

REQUISITOS PARA AFILIACION DE TRABAJADOR

1	Formulario del Ente Gestor de Aviso de Afiliación o Reingreso. (Llenado sellado y firmado por el empleador, representante legal o jefe de recursos humanos)	Original	1
2	Memorándum de designación o Contrato laboral o Certificado de Trabajo (Documento que acredite la relación laboral)	Copia	1
3	Carnet de Identidad, de forma horizontal en la parte superior	Copia	2
4	Comprobante de Pago para el examen pre ocupacional (Caja del SINEC)	Copia	1
5	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
6	Certificado de Nacimiento (Actualizado)	Original	1
7	Fotos Fondo Azul (3x3)	Original	2
8	Carnet de extranjero o residencia vigente (para ciudadanos extranjeros, si fuera el caso).	Copia	1
9	Certificado de Examen pre ocupacional	Original	1
NOTA: La presentación del punto 9 se otorgara un plazo máximo de treinta (30) días calendario al trabajador.			

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE HIJOS HASTA CUMPLIDOS LOS 19 AÑOS COMO BENEFICIARIA (O)

1	Carnet de Asegurado del Titular del Derecho (Vigente)	Copia	1
2	FOTOCOPIA DE CARNET DE IDENTIDAD DE PADRE Y MADRE	Copia	1
3	TIPO DE SANGRE CON DOCUMENTO DE RESPALDO	Copia	1
4	Ultima Boleta de Pago del Titular	Copia	1
5	Certificado de Nacimiento del Beneficiario (Actualizado)	Original	1
6	Carnet de Identidad del Beneficiario (Vigente)	Copia	1
7	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
8	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
9	Formulario de Inserción de Beneficiario (Proporcionado por el Área de Afiliación del SINEC)	Original	1
10	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE HIJOS RECIÉN NACIDOS COMO BENEFICIARIA (O)

1	Carnet de Asegurado del Titular del Derecho (Vigente)	Copia	1
2	FOTOCOPIA DE CARNET DE IDENTIDAD DE PADRE Y MADRE	Copia	1
3	TIPO DE SANGRE CON DOCUMENTO DE RESPALDO	Copia	1
4	Ultima Boleta de Pago del Titular	Copia	1
5	Certificado de Nacimiento (Actualizado)	Original	1
6	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
7	Formulario de Inserción de Beneficiario (Proporcionado por el Área de Afiliación del SINEC)	Original	1
8	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1
9	Negativo de Caja en caso de haber nacido en la Clínica del SINEC donde se compre el servicio	Original	1
NOTA: El asegurado tiene un plazo de treinta (30) días calendario para afiliar al recién nacido. Asimismo, cuando el recién nacido requiera de manera inmediata prestaciones en especie, este procederá a su afiliación. Este asegurado tiene un plazo de treinta (30) días calendario para presentar el Carnet de Identidad			

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DEL ASEGURADO JUBILADO TITULAR

1	Carnet de Asegurado del Titular del Derecho (Vigente)	Copia	1
2	Ultima Boleta de Pago del Titular	Copia	1
3	FOTOCOPIA DE CARNET DE IDENTIDAD	Copia	1
4	TIPO DE SANGRE CON DOCUMENTO DE RESPALDO	Copia	1
5	Fotos Fondo Azul (3x3)	Original	2
6	Certificado de Nacimiento del Beneficiario (Actualizado)	Original	1
7	Estado de Cuenta Individual de Aportes de la Gestora.	Original	1
8	Carta de la Gestora (Donde se especifique la certificación de aportes al SINEC)	Original	1
9	Contrato de Jubilación con la Gestora o Resolución del SENASIR	ORIGINAL Copia legalizada	1
10	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
11	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE DERECHO HABIENTE

1	Carnet de Identidad (Vigente)	Copia	1
2	Certificado de Nacimiento del Beneficiario (Actualizado)	Original	1
3	FOTOCOPIA DE CARNET DE IDENTIDAD DEL TITULAR DEL SEGURO (DEL FALLECIDO)	Copia	1
4	CERTIFICADO DE NACIMIENTO TITULAR (FALLECIDO)	Original	1
5	CERTIFICACION DE NO TENENCIA DE NIT	Original	1
6	TIPO DE SANGRE CON DOCUMENTO DE RESPALDO	Copia	1
7	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
8	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
9	Resolución de Derecho Habiente (Gestora o dictamen de la entidades aseguradas)	Original	1
10	Boleta de Pago a nombre del Titular del Derecho Habiente	Copia	1
11	Certificado de Defunción del Titular del Derecho (Actualizado)	Copia	1
12	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIO HIJOS DECLARADOS INVALIDOS

1	Carnet de Asegurado del Titular del Derecho (Vigente)	Copia	1
2	Ultima Boleta de Pago del Titular	Copia	1
3	Carnet de Identidad del Beneficiario (Vigente)	Copia	1
4	Certificado de Nacimiento del Beneficiario (Actualizado)	Original	1
5	Certificado de Soltería emitido por el Servicio de Registro Cívico –SERECI, si corresponde	Original	1
6	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
7	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
8	Estado de ahorro personal previsional extendido por la Administradora de Fondo de Pensiones -AFP respectiva o en su defecto Certificado de no Aportación actualizado, que evidencie la no existencia de aportes realizados por terceros (vigente)	Original	1
9	Resolución de Declaratoria de Invalides emitida por la Comisión de Prestaciones del SINEC., para activar su afiliación.	Original	1
10	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIO MENOR CON TUTELA EXPRESA

1	Carnet de Asegurado del Titular del Derecho (Vigente)	Copia	1
2	Ultima Boleta de Pago del Titular	Copia	1
3	Carnet de Identidad del Beneficiario (Vigente)	Copia	1
4	Certificado de Nacimiento del Beneficiario (Actualizado)	Original	1
5	Formulario de Inserción de Beneficiario (Proporcionado por el Área de Afiliación del SINEC)	Original	1
6	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
7	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
8	Documento emitido por la autoridad competente que acredite la Tutela	Copia	1
9	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

NOTA: Para este caso se podrá registrar a personas menores de edad que estén bajo tutela como sus beneficiarios.

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIO HIJASTRA O HIJASTRO

1	Carnet de Asegurado del Titular del Derecho (Vigente)	Copia	1
2	Ultima Boleta de Pago del Titular	Copia	1
3	Carnet de Identidad del Beneficiario (Vigente)	Copia	1
4	Certificado de Nacimiento del Beneficiario (Actualizado)	Original	1
5	Formulario de Inserción de Beneficiario (Proporcionado por el Área de Afiliación del SINEC)	Original	1
6	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
7	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
8	Documento emitido por la autoridad competente que acredite la Tutela	Copia	1
9	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

REQUISITOS AFILIACION BENEFICIARIOS PADRE O MADRE

1.	Carnet de Asegurado/a (Fotocopia simple)
2.	Ultima boleta de pago del(a) titular del seguro.
3.	Carta de solicitud pre – impreso, entregado por Trabajo Social (únicamente la entrega se realiza al asegurado (a) titular, de manera presencial).
4.	Nota informativa entregada por Trabajo Social.
5.	Certificado de nacimiento original **(con QR**).
6.	Fotocopia de la cédula de identidad de los padres.
7.	Certificado de matrimonio original **(con QR).** • En casos de padres solteros, presentar el Certificado de Estado Civil, emitido por SERECI.
8.	Certificado de Derecho Propietario, a **Nivel Nacional,** emitido por Derechos Reales, a nombre de los padres.
9.	Certificado del Servicio Nacional de Reparto, **SENASIR**, acreditando que los padres **no** perciben renta y que **no** figuran con ningún trámite en curso.
10.	Certificado de la **Gestora Pública,** acreditando que los padres **no** perciben renta y que **no** figuran con ningún trámite en curso. En caso de existencia de aportes, **solicitar el Estado de Ahorro Provisional.**
11.	Certificado del **Servicio de Impuestos Nacionales**, de no contar con un número de Identificación Tributaria **(NIT).**
12.	Certificado del **Gobierno Autónomo Municipal**, de inexistencia de actividad comercial.
13.	**Formulario N° 6 (Negativo de las Cajas)**, solicitar el formulario en Afiliaciones, con la presentación de la Cédula de Identidad del padre o madre y padres, carné del asegurado/a titular.
14.	Negativo del Seguro de Salud Universal
15.	Croquis de la vivienda (domicilio e inmueble propio, alquilado y otros)

REQUISITOS AFILIACION BENEFICIARIOS PADRE O MADRE
(DIVORCIADOS – VIUDOS – SOLTEROS)

1.	Carnet de Asegurado/a (Fotocopia simple)
2.	Ultima boleta de pago del(a) titular del seguro.
3.	Carta de solicitud pre – impreso, entregado por Trabajo Social (únicamente la entrega se realiza al asegurado (a) titular, de manera presencial)
4.	Nota informativa entregada por Trabajo Social.
5.	Certificado de nacimiento original **(con QR**).
6.	Certificado de matrimonio original **(con QR).** • En casos de padres solteros, presentar el Certificado de Estado Civil, emitido por SERECI • VIUDOS: Certificado de Defunción.
7.	Certificado de Derecho Propietario, a **Nivel Nacional,** emitido por Derechos Reales, a nombre de los padres.
8.	Certificado del Servicio Nacional de Reparto, **SENASIR**, acreditando que los padres **no** perciben renta y que **no** figuran con ningún trámite en curso, **Ambos Padres.**
9.	Certificado de la **Gestora Pública,** acreditando que los padres **no** perciben renta y que **no** figuran con ningún trámite en curso. En caso de existencia de aportes, **solicitar el Estado de Ahorro Provisional, ambos Padres.**
10.	Certificado del **Servicio de Impuestos Nacionales**, de no contar con un número de Identificación Tributaria **(NIT), Ambos Padres.**
11.	Certificado del **Gobierno Autónomo Municipal**, de inexistencia de actividad comercial.
12.	**Formulario N° 6 (Negativo de las Cajas)**, solicitar el formulario en Afiliaciones, con la presentación de la Cédula de Identidad del padre o madre y padres, carné del asegurado/a titular.
13.	Grupo Sanguíneo, con documento de respaldo.
14.	Croquis de la vivienda (domicilio e inmueble propio, alquilado y otros)

REQUISITOS PARA LA AFILIACION DE BENEFICIARIOS/A ESPOSO/A

1.	Carnet de Asegurado/a Titular del seguro (vigente).
2.	Ultima boleta de pago del(a) Titular
3.	Certificado de nacimiento original **(con QR)** del(a) beneficiario/a.
4.	Fotocopia de la cédula de identidad del(a) beneficiario/a (fotocopia simple)
5.	Certificado de Matrimonio en original (con QR.
6.	Formulario de **NO afiliación** del (a) beneficiario/a, otorgado por el área de trabajo social, debe ser presentado debidamente sellado y rubricado por los Entes Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo.
7.	Certificado de la **Gestora Pública,** acreditando que no percibe renta y que no figura ningún trámite en curso. En caso de existencia de aportes, solicitar también el Estado de Ahorro Provisional.
8.	Certificado Negativo del **SENASIR,** acreditando que no percibe renta y que figura ningún trámite pendiente.
9.	Certificado del **Servicio de Impuestos Nacionales**, de no contar con un número de Identificación Tributaria **(NIT).**
10.	Grupo Sanguíneo, con documento de respaldo.
11.	Foto digital (JPG) con fondo rojo.

REQUISITOS PARA LA AFILIACION DE BENEFICIARIO/A PAREJA EN UNION LIBRE

1.	Carnét de Asegurado/a Titular del seguro (vigente).
2.	Ultima boleta de pago del(a) Titular
3.	Certificado de nacimiento original **(con QR)** del(a) beneficiario/a,
4.	Fotocopia de la cédula de identidad del(a) beneficiario/a (fotocopia simple)
5.	Certificado de Registro de Unión Libre, emitido por autoridad competente **(SERECI)**
6.	Sentencia de Divorcio Ejecutoriada y el Certificado de Matrimonio cancelado en original **(con QR)**. En caso de haber contraído matrimonio anteriormente.
7.	Certificado de Defunción en original **(con QR),** En caso de haber enviudado anteriormente.
8.	Formulario o Certificado de **NO afiliación** del(a) beneficiario/a, o por la unidad de Afiliaciones, debe ser presentado debidamente sellado y rubricado por los Entes Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo o certificación emitida por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS (original).
9.	Certificado de la **Gestora Pública,** acreditando que no percibe renta y que no figura ningún tramite en curso. En caso de existencia de aportes, solicitar también el Estado de Ahorro Provisional.
10.	Certificado Negativo del **SENASIR,** acreditando que no percibe renta y que no figura ningún trámite pendiente.
11.	Certificado del **Servicio de Impuestos Nacionales**, de no contar con un número de Identificación Tributaria **(NIT).**
12.	Constancia de información sobre normas institucionales, emitido por Trabajo Social.
13.	Grupo Sanguíneo, con documento de respaldo.
14.	Croquis de la vivienda

REQUISITOS PARA AMPLIACION DE PRESTACIONES A BENEFICIARIOS HIJOS/AS DE 19 A 25 AÑOS

Debe cumplir de manera obligatoria con las siguientes condicionantes:

- Ser estudiante de establecimientos autorizados por el Estado y que no brinden Seguro Médico estudiantil.
- Los que acrediten encontrarse con el estado civil soltero/a
- Que no realice ninguna actividad que les generen ingresos económicos, es decir, que dependan del(a) asegurado(a).

1.	Carnet de Asegurado/a Titular del seguro (vigente).
2.	Ultima boleta de pago del(a) Titular
3.	Certificado de nacimiento original **(con QR)** del(a) beneficiario hijo/a.
4.	Fotocopia de la cédula de identidad del(a) beneficiario hijo/a (fotocopia simple)
5.	Formulario de Inserción de Beneficiario/a del Ente Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo correspondiente (original). Lo emite Afiliaciones
6.	Formulario o Certificado de **NO afiliación** del(a) beneficiario/a, emitido por la unidad de Afiliaciones, debe ser presentado debidamente sellado y rubricado por los Entes Gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo o certificación emitida por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS (original)
7.	Certificado de Estudio, emitido por el establecimiento educativo que acredite que se encuentra inscrito en cursos de educación superior según corresponda, **(ORIGINAL).** Debe ser presentado de manera semestral, anual o de acuerdo a la modalidad de estudio.
8.	Pago de la Matricula de inscripción al establecimiento educativo que acredite que se encuentra **(ORIGINAL)** inscrito. Debe ser presentado de manera semestral, anual o de acuerdo a la modalidad de estudio.
9.	Certificado de soltería emitido por el Servicio de Registro Civil - SERECI **(ORIGINAL)**
10.	Grupo Sanguíneo, con documento de respaldo.

11.	Certificado de la **Gestora Pública,** acreditando la no existencia de aportes realizado individual o por terceros vigente (Original)
12.	Certificado del **Servicio de Impuestos Nacionales**, de no contar con un número de Identificación Tributaria **(NIT).**
13.	Certificado del **Gobierno Autónomo Municipal**, de inexistencia de actividad comercial.
14.	Constancia de información sobre normas institucionales, emitido por Trabajo Social.

REQUISITOS PARA BENEFICIARIO/A ESPOSO (a) JUBILADO

1.	Certificado de nacimiento original actualizado (emitido en los últimos 60 días)
2.	Certificado de matrimonio original actualizado. (EMITIDO EN LOS ULTIMOS 60 DIAS)
3.	Fotocopia de cedula de identidad Esposo/a (beneficiario)
4.	Fotocopia del carnet de afiliación del titular.
5.	Fotocopia legalizada de la documentación en la cual este declarado derechohabiente
6.	Fotocopia de ultima boleta de pago (Titular)
7.	Formulario del Ente Gestor debidamente sellado por los demás Entes Gestores del sistema, que acredite la no afiliación (aplicable en tanto la ASUSS emita la certificación).
8.	Certificado de no aporte emitido por la GESTORA EN CASO DE TENER APORTES DEBERÁ PRESENTAR EL EXTRACTO DE APORTES.
9.	**Certificado de No Tenencia de NIT**
10.	**Certificado de SENASIR.**
11.	Grupo Sanguíneo, con documento de respaldo

REQUISITOS PARA BENEFICIARIO/A HIJOS (as) DE 1 A 18 AÑOS ESPOSO (a) JUBILADO

1.	Certificado de nacimiento original actualizado (emitido en los últimos 60 días)
2.	Fotocopia de carnet de identidad.
3.	Formulario Negativo de Caja firmado y sellado por los otros Entes Gestores. (Solicitar Formulario en oficina de Afiliación del SINEC).
4.	Documentación en la cual este declarado derechohabiente
5.	Fotocopia de boleta de pago *(*Titular*).* ULTIMA BOLETA
6.	Grupo Sanguíneo, con documento de respaldo
7.	Fotocopia de Carnet de Identidad de ambos padres.
8.	Fotocopia de Carnet del Seguro.