



caja petrolera de salud

**MANUAL DE PROCESOS Y
PROCEDIMIENTOS DE
SEGUROS (2013)**

Documentos Técnicos Normativos

La Paz, Bolivia

CAJA PETROLERA DE SALUD

**DIRECCIÓN NACIONAL ADMINISTRATIVA FINANCIERA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS**



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGUROS

2013

TÍTULO PRIMERO

ASPECTOS GENERALES

CAPÍTULO PRIMERO

DEFINICIÓN, OBJETIVO Y ALCANCE

1. Definición

El Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros, se constituye en un instrumento normativo institucional de carácter jurídico (técnico-administrativo), que apoya el proceso de actualización y mejora, mediante la simplificación de los procedimientos, acciones y actividades específicas que debe desarrollar, el Departamento Nacional de Seguros a través de los Responsables y Operadores de Afiliaciones, Cotizaciones y Control de Empresas, en las diferentes etapas del proceso, evitando la duplicidad de esfuerzos a fin de optimizar los recursos y agilizar los trámites que realiza el usuario en general, con relación a los servicios que presta la Caja Previsora de Salud, asimismo, orienta a los trabajadores respecto a la dinámica funcional del Departamento de Seguros y establece responsabilidades respecto a la aplicación de la norma.

2. Objetivo

El Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros tiene como objetivo establecer procesos y procedimientos mínimos respecto a la afiliación, control y fiscalización de aportes en la Caja Previsora de Salud, en el marco de la normativa vigente.

3. Alcance

La aplicación y cumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros, es de carácter obligatorio para la Dirección Nacional Administrativa Financiera y el Departamento Nacional de Seguros, a través de las Secciones Nacionales de Afiliaciones y Cotizaciones, División Nacional de Control de Empresas, Responsables, Encargados y Operadores de Afiliaciones, Cotizaciones y Control de Empresas a nivel nacional.

4. Marco Legal

El Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros, está elaborado en el marco de las siguientes normas y disposiciones legales:

- Constitución Política del Estado
- Ley de 14 de diciembre de 1936 Código de Seguridad Social.
- Ley 1178 de Administración y Control Gubernamentales de 20 de julio 1990. Cap. V y Art. 27.
- Decreto Ley 18173 de 28 de marzo de 1972, Racionalización de la Seguridad Social
- Decreto Ley 11477 de 16 de mayo de 1974, de Presentación de Planillas de Pago de Cotizaciones
- Decreto Ley 13214 de 24 de diciembre de 1975, Reforma al Código de Seguridad Social.
- Decreto Ley 14643 de 3 de 1977 Complementa y reglamenta el Decreto Ley 13214.
- Decreto Supremo 95815 de 30 de septiembre de 1993 Reglamento del Código de Seguridad Social.
- Decreto Supremo 23318—A de 23 de noviembre de 1992, Reglamento de la Responsabilidad por la Función Pública.
- Decreto Supremo 28237 de 28 de junio de 2007, modificación del Decreto Supremo 23318/A.
- Decreto Supremo 23714 de 20 de marzo de 2008.



Secretaría de Salud

PRELIMINAR
ASUNTO
FECHA
OTRO

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

- Decreto Supremo 28898 de 1 de mayo de 2006, Reglamenta la Ley General del Trabajo
- Decreto Supremo 28898 de 25 de octubre 2006, Modifica el Decreto Supremo 8315 de 30 de septiembre de 2000
- Reglamento Único de Afiliaciones y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Cota Páez aprobado mediante Resolución Administrativa 005/2009 de 23 de enero de 2009 por el INASES.
- Reglamento Específico de Afiliación, Desafiliación, Reactivación en el Seguro Social de Cota Páez y Decreto Supremo 24540
- Decreto Ley 14373 Código de Comercio.



seguro por el seguro de todos

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



CAPÍTULO SEGUNDO

ESTRUCTURACIÓN DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

5. De la Aprobación

En el marco del Artículo 12 del Estatuto Orgánico Institucional vigente, el Honorable Directorio de la Caja Costarricense de Seguro es la instancia responsable de la aprobación del presente documento.

6. Responsabilidad de su Aplicación

A partir de la aprobación del Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros será responsabilidad de la Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Administradores Jefes Administrativos, Financieros, Jefaturas de Seguros Encargadas de Afiliaciones, Contrataciones y Control de Empresas Departamentales, Regionales, Zonales y Qui Zonales, de su estricto cumplimiento.

7. Incumplimiento a la Aplicación

El incumplimiento a la aplicación del Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros, será pasible a responsabilidades en el marco del Capítulo V de la Ley 1178 Responsabilidad por la Función Pública y Decreto Supremo 2318-A de fecha 3 de noviembre de 1991, Reglamento de la Responsabilidad por la Función Pública modificado por el Decreto Supremo 26237 de junio de 2007 y Reglamento Interno de Personal de la Institución.

8. Revisión y Actualización

La Dirección Nacional de Gestión de Calidad a través del Departamento Nacional de Gestión y Planificación, solicitará y coordinará con el Departamento Nacional de Seguros dependiente de la Dirección Nacional Administrativa Financiera y el Departamento Nacional de Asesoría Legal, realizar la actualización y/o ajuste del Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros, en el marco de la dinámica administrativa, cambios que pudieran darse en disposiciones legales, relacionados a en función a la experiencia de su aplicación.

9. Difusión

La difusión, socialización y canalización, quedará bajo la responsabilidad de la Dirección Nacional Administrativa Financiera en coordinación con la Dirección Nacional de Gestión de Calidad a través de los Departamentos Nacionales de Seguros, y de Gestión y Planificación respectivamente.

10. Previsión

En caso de presentarse omisiones, contradicciones y diferencias en la interpretación del Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros, estos serán subsanados en el marco del Código de Seguridad Social y disposiciones legales vigentes.

En caso de emitirse nueva norma de mayor jerarquía que modifique el nuevo manual, la nueva norma será de aplicación preferente e inmediata.

11. Estructuración

El Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros, está estructurado de acuerdo al siguiente orden:

1. Manual de Procesos y Procedimientos de Afiliaciones.
2. Manual de Procesos y Procedimientos de Contrataciones.



TÍTULO SEGUNDO

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE AFILIACIONES

CAPÍTULO PRIMERO

DE LA AFILIACIÓN

1. Antecedentes

Todo Empleador está obligado a registrarse en la Unidad Gestora de acuerdo con el "Código de Ramas de Actividad Económica" para lo cual utilizará el Formulario "AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR" de acuerdo lo establecido en el Artículo 2 del Decreto Ley 10214, de fecha 24 de diciembre de 1979, concordante con el Artículo 9 del Reglamento del Código de Seguridad Social.

En la Caja Petrolera de Salud, la Sección de Afiliaciones dependiente del Departamento Nacional de Seguros, es la encargada de la afiliación de Empresas, Instituciones, Asegurados Voluntarios, Trabajadores, beneficiarios, rentistas y otros, en el marco del Código de Seguridad Social, su Reglamento y otras normativas complementarias, debiendo para este efecto cumplir con lo que establece el Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros.

2. Objetivo

Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, Trabajadores, Beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

3. Formas de Promover la Afiliación

En el marco del Art. 5º del Reglamento Único de Afiliaciones y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, aprobado mediante Resolución Administrativa 000/2009 de 23 de enero de 2009 por el INAPES, las formas de promover la afiliación son:

a) A Petición del Empleador

El Empleador está obligado a afiliar al Ente Gestor respectivo, a la Empresa o Institución que representa.

b) A Instancias del Trabajador

Por el caso de incumplimiento por parte del Empleador, se activa la facultad de trabajador e interviene directamente la afiliación de la Empresa y/o su propia afiliación.

c) De Oficio

Si en el proceso de inspección la Caja Petrolera de Salud observara una marca Empleado sin seguro, cancelará su afiliación.

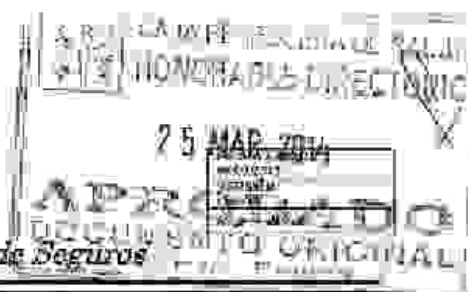
d) A Denuncia

A denuncia sea por parte de uno (a) o más trabajadores o de un tercero, que conoce la existencia de una Empresa (o) Empleador (a) que no cumple con sus obligaciones relativas al seguro de corto plazo.



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



4. Afiliación Obligatoria

De acuerdo al Código de Seguridad Social y disposiciones legales conexas, todo empleador está obligado a afiliarse en el respectivo Ente Gestor del Sistema, sin excepción a la clasificación por rama de actividad económica previa cumplimiento de requisitos en sujeción a disposiciones legales y reglamentos. Para su funcionamiento satisfactorio, deberá contar con el Carnet del Empleador.

La afiliación del Empleador sin dependientes como titular del derecho podrá incorporarse a su grupo familiar como sus beneficiarios.

CAPÍTULO SEGUNDO

DEL EMPLEADOR

5. Requisitos para la Afiliación del Empleador

En el marco del Artículo 192 del C.S.S. concordante con el Artículo 405 del R.C.S.S. todo empleador que tenga en su servicio trabajadores sujetos al campo de aplicación del código deberá obligatoriamente inscribirse en la Caja Petrolera de Salud.

Las Empresas, Entidades, Organizaciones, Instituciones naturales o jurídicas (en general) a tiempo de solicitar su afiliación a la Caja Petrolera de Salud, deben cumplir los requisitos exigidos por la institución.

6.1 Instituciones Públicas

- Solicitud escrita de afiliación de la institución, dirigida al Administrador Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Disposición Legal de creación de la institución.
- Documento de designación de la Máxima Autoridad de la institución.
- Fotocopia simple de la Cédula de identidad de la Máxima Autoridad de la institución (Firmada).
- Certificado de Número de identificación Tributaria de la institución (NIT).
- Planilla de sueldos y salarios del último mes (original), debidamente firmada y sellada por el Representante Legal en formato del Ministerio de Trabajo.
- Formulario de inscripción y Formulario de pago de aportes a las AFP's para empresas con más de un mes de funcionamiento.
- Balanceos, Apertura o Estados Financieros de la última gestión.
- Croquis de ubicación de la institución (original) – formulario de la institución.
- Fotocopia simple de la factura de luz o agua (Certificación del Municipio u OTB de NO contar con el servicio).
- Formulario SUP DE NO afiliación de otros Entes Gestores, formularios que incluya en página web institucional.
- Formulario AFIL-01 Aviso Afiliación del Empleador emitido por la Caja Petrolera de Salud en página web institucional. En original y tres copias.

TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PRESENTADA EN DOS EJEMPLARES DE COPIAS LEGALIZADAS.



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

5.2 Empresas Privadas Colectivas (Sociedades de Responsabilidad Limitada, Sociedades Anónimas, En Comandita Simple, en Comandita por Acciones y Cooperativas)

- Carta de solicitud de afiliación de la Empresa, dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Testimonio de Constitución de la Empresa.
- Testimonio de Poder del Representante Legal.
- Fotocopia simple de la Cédula de Identidad del Representante Legal (con firma original).
- Certificado de Número de Identificación Tributaria de la Empresa (NIT).
- Licencia de funcionamiento emitida por el Gobierno Municipal.
- Placilla de sueldos y salarios del último mes (original), debidamente firmada y sellada por el Representante Legal en formato del Ministerio de Trabajo.
- Formulario de inscripción y Formulario de pago de aportes a las AFPs para empresas con más de un mes de funcionamiento.
- Certificado de inscripción a FUNDEMPRESA (Matrícula / Certificado de la Constitución, Certificado del Poder del Representante Legal).
- Balances de Apertura y/o Estados Financieros de la última gestión, con sellos y sujeción del Colegio de Contadores o Auditores.
- Cópias de ubicación de la Empresa, original – formulario de la institución.
- Fotocopia simple de factura por servicio de luz o agua (Certificación del Municipio u OTB de NO contar con el servicio).
- Formulario 131 (de NO afiliación en otros Entes Gestores), formulario que recabará en página web institucional.
- Formulario AFIL-01 Aviso de Afiliación del Empleador, emitido por la Caja Petrolera de Salud en página web institucional. En original y tres copias.

TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PRESENTADA EN DOS EJEMPLARES DE COPIAS LEGALES.

5.3 Empresas Unipersonales

- Carta de solicitud de afiliación de la Empresa, dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Testimonio de Poder del Representante Legal.
- Fotocopia simple de la Cédula de Identidad del Propietario de la Empresa o del Representante Legal (Firmada).
- Certificado de Número de Identificación Tributaria NIT.
- Placilla de sueldos y salarios del último mes (original), debidamente firmada y sellada por el Representante Legal en formato del Ministerio de Trabajo.
- Licencia de funcionamiento emitida por la H.A.M. (Según la actividad).
- Fotocopia de factura por servicio de luz o agua (Certificación del Municipio u OTB de NO contar con el servicio).
- Formulario de inscripción y Formulario de pago de aportes a las AFPs para empresas con más de un mes de funcionamiento.
- Balances de apertura o Estados financieros de la última gestión y sujeción: Colegio de Contadores o Auditores.
- Certificado de inscripción a FUNDEMPRESA (matrícula).
- Cópias de ubicación de la Empresa, original – formulario de la institución.
- Fotocopia simple de factura por servicio de luz o agua (Certificación del Municipio u OTB de NO contar con el servicio).
- Formulario 131 (de NO afiliación en otros Entes Gestores), formulario que recabará en página web institucional.
- Formulario AFIL-01 Aviso de Afiliación del Empleador, emitido por la Caja Petrolera de



caja costarricense de seguro social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Salud en página web institucional. En original y tres copias.

TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PRESENTADA EN DOS EJEMPLARES DE COPIAS LEGALIZADAS.

5.4 Fundaciones

5.5 y Asociaciones Cívicas

- Carta de solicitud de afiliación de la Fundación dirigida al Administrador Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Testimonio de la Fundación.
- Resolución Administrativa Departamental sobre reconocimiento de Personalidad Jurídica emitida por el Gobierno Departamental correspondiente.
- Testimonio de Poder del Representante Legal.
- Fotocopia simple de la Cédula de Identidad del Representante Legal (con firma original).
- Certificado de Número de Identificación Tributaria de la Fundación (N.I.T.).
- Planilla de sueldos y salarios del último mes (original), debidamente firmada y sellada por el Representante Legal en formato del Ministerio de Trabajo.
- Formulario de Inscripción y Formulario de pago de aportes a las AFP's para empresas con más de un mes de funcionamiento.
- Balanza de Apertura y/o Estados Financieros de la última gestión y solvencia del Colegio de Contadores o Auditores.
- Croquis de ubicación de la Fundación original – formulario de la institución.
- Fotocopia simple de factura por servicio de luz o agua (Certificación del Municipio u OTE de NO contar con el servicio).
- Formulario 101 (de NO afiliación en otros Entes Gestoras), formulario que habitará en página web institucional.
- Formulario AFIL-RT Avance de Afiliación del Empleador emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social en página web institucional. En original y tres copias.

TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PRESENTADA EN DOS EJEMPLARES DE COPIAS LEGALIZADAS.

5.6 Organizaciones No Gubernamentales ONG's

- Carta de solicitud de afiliación de la Organización No Gubernamental al Administrador Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Testimonio de Acta de Fundación y Estatutos, avalado por el Gobierno Departamental correspondiente.
- Resolución Administrativa Departamental sobre reconocimiento de Personalidad Jurídica, emitida por el Gobierno Departamental correspondiente.
- Testimonio de Poder del Representante Legal.
- Fotocopia simple de la Cédula de Identidad del Representante Legal (con firma original).
- Certificado Número de Identificación Tributaria N.I.T.
- Planilla de sueldos y salarios del último mes (original), debidamente firmada y sellada por el Representante Legal en formato del Ministerio de Trabajo.
- Formulario de Inscripción y Formulario de pago de aportes a las AFP's, para empresas con más de un mes de funcionamiento.
- Balanza de Apertura y/o Estados Financieros de la última gestión y solvencia del Colegio de Contadores o Auditores.
- Certificación de inscripción al registro de ONG's extendida por el Ministerio de la Cultura.
- Croquis de ubicación de la ONG original – formulario de la institución.



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

- Fotocopia simple de factura por servicio de luz o agua (Certificación del Municipio u QTB de NO contar con el servicio)
- Formulario 101 (de NO afiliación en otros Entes Gestores), formulario que recabará en página web institucional
- Formulario AFIL-01 Aviso de Afiliación del Empleador, emitido por la Caja Petrolera de Salud en página web institucional. En original y tres copias

Toda la documentación debe ser presentada en dos ejemplares de copias legalizadas.

5.7 Embajadas

- Carta de solicitud de la Embajada, dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zona
- Carnet Diplomático del Representante Legal de la Embajada, extendido por la Dirección General Ceremonial del Estado (Cancillería de Bolivia)
- Designación o Nombramiento del Embajador respectivo
- Planilla de sueldos y salarios del último mes (original), debidamente firmada y sellada por el Representante Legal en forma del Ministerio de Trabajo
- Formulario de Inscripción y Formulario de pago de aportes a las AFP's para empresas con más de un mes de funcionamiento
- Croquis de ubicación de la Embajada (original) - formulario de la institución
- Factura simple por servicio de luz o agua
- Formulario 101 (de NO afiliación en otros Entes Gestores), Formulario que recabará en página web institucional
- Formulario AFIL-01 Aviso de Afiliación del Empleador, emitido por la Caja Petrolera de Salud en página web institucional. En original y tres copias.

Nota.- La afiliación de las personas extranjeras empleadas por las agencias diplomáticas consulares e internacionales que tienen su sede en Bolivia y que gozan de inmunidades y privilegios diplomáticos, no está sujeta al C.S.S. (Artículo 10 inc. c) del C.S.S.)

Toda la documentación debe ser presentada en dos ejemplares de copias legalizadas

5.8 Gobiernos Autónomos Municipales

- Carta de solicitud de afiliación del Gobierno Autónomo Municipal, dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zona
- Acta de posesión del Alcalde Municipal
- Credencial del Alcalde
- Fotocopia simple de Cédula de identidad del Alcalde (firmada)
- Certificado Número de Identificación Tributaria del Municipio (NIT)
- Planilla de sueldos y salarios del último mes (original), debidamente firmada y sellada por el Representante Legal en forma del Ministerio de Trabajo
- Formulario de Inscripción y Formulario de pago de aportes a las AFP's para empresas con más de un mes de funcionamiento
- Balance de Apertura y/o Estados Financieros de la última gestión
- Croquis de ubicación geográfica del Municipio (original) - formulario de la institución
- Fotocopia simple de factura por servicio de luz o agua (Certificación del Municipio u QTB de NO contar con el servicio)
- Formulario 101 (de NO afiliación en otros Entes Gestores), formulario que recabará en página web institucional
- Formulario AFIL-01 Aviso de Afiliación Del Empleador, emitido por la Caja Petrolera de



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Salud en página web institucional. En original y dos copias

TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PRESENTADA EN DOS EJEMPLARES DE COPIAS LEGALIZADAS

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE EMPRESAS O INSTITUCIONES

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, Trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL AREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Director General Ejecutivo, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros Jefes y Responsables de Control de Empresas, Afiliaciones y Cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Medicina Seguros Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corte Plazo y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.	1. Informa a las Empresas o Instituciones sobre los requisitos y forma de afiliación; asimismo, hará conocer la disponibilidad de los requisitos en la página web institucional (www.casacra.bo). 2. Revisa previamente los documentos de acuerdo a los requisitos establecidos por tipo de constitución de la Empresa o Institución. 3. En caso de cumplir con todos los requisitos, se su visto bueno para el inicio del trámite.	1 Hora 1 Hora 1 Hora	Lista de requisitos. Documentos para la afiliación.
2	Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.	4. Recibe según a la lista de solicitud, la documentación y deriva a Control de Seguros, Control de Empresas o persona designado de la Administración Departamental, Regional Zonal o Sub Zonal para la Verificación Ocular in situ del funcionamiento de la Empresa o Institución y entrevista con el Representante Legal.	3 días	Documentos para la afiliación.



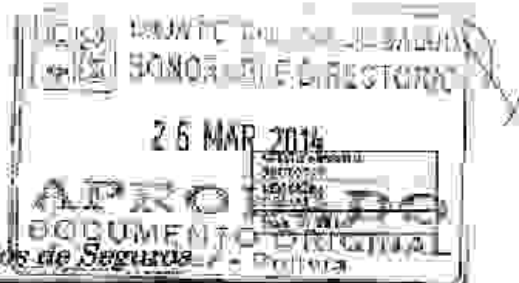
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
3	Unidad de Control de Seguros, Control de Empresas, Trabajo Social y personal designado (Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal).	1. Recibe la documentación de Administración 2. Se constituye en el domicilio legal de la Empresa o Institución para proceder a la Verificación in situ del funcionamiento (ver Anexo). En las empresas unipersonales se debe verificar minuciosamente que cuente con requisitos mínimos como ser: - Identificación de la Empresa - Ambientes físicos - Mobiliario - Servicios Básicos - Número de trabajadores - Otros según formulario 3. Se entrevista con el Representante Legal de la Empresa o Institución, llenar el Formulario de constancia de visita, el cual debe ser firmado por el Representante Legal o personal designado por la Empresa o Institución y el TRABAJADOR designado de la C.F.S. 4. Emana informe y remite a Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal, para la continuación del trámite. NOTA: En caso de existir observaciones, se suspende el proceso de afiliación, hasta su regularización. De presentarse saldos negativos de las empresas UNIPERSONALES en los Estados Financieros, la documentación será remitida a Control de Seguros o Control de Empresas en las Administraciones que existan u Control de Empresas de Oficina Nacional.	5 días	Documentos para afiliación Formulario de Inspección a Empresas o Instituciones
4	Control de Seguros o Control de Empresas en las Administraciones que existan o Control de Empresas de Oficina Nacional	1. Recibe la documentación para el caso de Empresas en general con saldos negativos en los Estados Financieros. En caso de que las empresas que solicitan su afiliación en las Administraciones que no existe Control de Seguros o Control de Empresas de Oficina Nacional recibe la documentación remitida por dichas Administraciones por conducto regular para el análisis de las Empresas que solicitan su afiliación y que presentan en sus Estados Financieros saldos negativos. 2. Realiza el análisis financiero correspondiente y	5 días	Documentos para afiliación Documentos para la afiliación



Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
		Elabora el informe técnico respectivo: - En las Administraciones remite al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal para que decida la pertinencia o no de la afiliación vía Jefe Administrativo Financiero de la Administración. - En Oficina Nacional la Jefatura del Departamento Nacional de Seguros eleva el informe a conocimiento de la Dirección Nacional Administrativa Financiera y Director General Ejecutivo para que decidan la pertinencia o no de la afiliación.	5 días	Informe y documentos para la afiliación
6	Jefe Administrativo Financiero y Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal o Director Nacional Administrativo Financiero y Director General Ejecutivo	1. En las Administraciones donde exista Control de Seguros o Control de Empresas recibe el informe técnico y en coordinación con el Administrador autoriza la afiliación o no de la Empresa o Institución. En Oficina Nacional recibe el informe técnico el Director Nacional Administrativo Financiero y el Jefe del Departamento Nacional de Seguros autorizan la afiliación o no de la Empresa o Institución. 2. Mediante nota autoriza la afiliación o no de la Empresa o Institución a Afiliaciones de las Administraciones y Oficina Nacional.	5 días	Informe y documentos para la afiliación
6	Responsable de Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Con los resúmenes del informe emitido por Control de Seguros, Control de Empresas, Trabajo Social o personal designado con documentación de respaldo elabora el informe de solicitud de afiliación del Empleador y Asignación de Número de Empleador a la Dirección Nacional Administrativa Financiera. Vía el Administrador y Jefatura Administrativa Financiera Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.	5 días	Documentos para la afiliación, formularios e informe de inspección
7	Dirección Nacional Administrativa Financiera	1. Recibe y remite a Afiliaciones de Oficina Nacional por conducto regular.	3 días	Informe y documentos para la afiliación



Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

FORMA DE REGISTRO
REGISTRO
REGISTRO
REGISTRO

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
8	Afiliaciones de C/PSA Nacional	- Recibe y revisa la documentación, de acuerdo a los requisitos establecidos. - Registra los datos en el Sistema Nacional de Afiliaciones de acuerdo a: - Administración (elegir del menú). - N° de Empleador. - Nombre y Razón Social de la Empresa. - Sigla o Abreviatura. - Número de Identificación Tributaria (NIT). - Tipo de constitución de: Pública o Privada o Unipersonal o otros (elegir del menú). - Fecha de Constitución. - Fecha de inicio de actividades. - Actividad económica. - Nombre: Propietario, gerente o Máxima Autoridad. - Cédula de Identidad. - Domicilio Legal de la Entidad: Localidad- Provincia-Departamento. - Dirección del Domicilio Legal de la Entidad: Zona/barrio-Avenida/Calle- N°- Teléfono-Fax. - Correo Electrónico de la Empresa o Institución. - Domicilio del centro de trabajo: Localidad- Provincia-Departamento. - Dirección del Centro de Trabajo: Zona/barrio- Avenida/Calle- N°- Teléfono-Fax. - Esta afiliación a: (Nro. Ente Gestor) (elegir). - Mes de la planilla presentada: Mes y Año. - Total de la planilla presentada. - N° de trabajadores. - Lugar de pago de aportes (elegir del menú) (elegir del menú). - Nombre completo del titular Representante Legal. - Firma y sello del Representante Legal. - Lugar y fecha. - Sello de la Empresa.	2 día	Comunicación interna, informe y Documentos para la afiliación
		Envía el Carnet del Empleador, estableciendo el mes de la primera cotización con firma y sello del Director Nacional Administrativo Financiero y Director General Ejecutivo de la C.P.S.	1 día	Carnet del Empleador
		Remite con nota el Carnet del Empleador y el Formulario Aviso de Afiliación del Empleador a la Administración Departamental, Regional.	1 día	Formulario AFIL-02 Carnet del Empleador



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		Zonal o Sub Zonal solicitante via el Departamento Nacional de Seguros, Dirección Nacional Administrativa, Financiera y Dirección General Ejecutiva		
		5. Remite los documentos a Archivo de Gestión dependiente del Departamento Nacional de Seguros.	1 día	Nota de remisión Carnet del Empleador y FORM AFIL-01 Aviso de Afiliación del Empleador
II	Archivo de Gestión de Documentos Nacionales Seguros	1. Recibe, archiva y custodia el sobre del Empleador con su documentación de respaldo	1 día	Sobre del Empleador con documentos para la respaldo
III	Administrador Departamental Regional Zonal o Sub Zonal	1. Recibe el Carnet del Empleador y el formulario Aviso de Afiliación del Empleador, y deriva al Encargado de Afiliaciones (Departamental, Regional Zonal o Sub Zonal)	2 días	Nota de remisión Carnet del Empleador y FORM AFIL-01 Aviso de Afiliación del Empleador
IV	Encargado de Afiliaciones Departamental Regional Zonal o Sub Zonal	1. Recibe el Carnet del Empleador y registra los datos de la Empresa en el Sistema de Afiliaciones en acuerdo a: a. Código: Número del Empleador b. Nombre o razón Social de la Empresa c. Sigla o Abreviatura si corresponde d. Tipo de Empresa e. Clasificación f. Fecha de ingreso: registra el mes de la primera cotización g. Lugar de Pago de Aportes h. Dirección del comercio legal o campo de trabajo de la Empresa i. Teléfono de la Empresa o institución j. Nombre del Representante Legal k. Número de Cédula de Identidad del Representante Legal de la Empresa o institución NOTA: Este procedimiento se mantendrá hasta la finalización del proyecto de Re-empadronamiento de Empresas. 2. Entrega a la Empresa o Institución el Carnet del Empleador y una copia del Formulario Aviso de Afiliación del Empleador	2 días	Comunicación interna Nota de remisión Carnet del Empleador y FORM AFIL-01 Aviso de Afiliación del Empleador
			1 hora	Carnet del Empleador y FORM AFIL-01 Aviso de

**Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros**

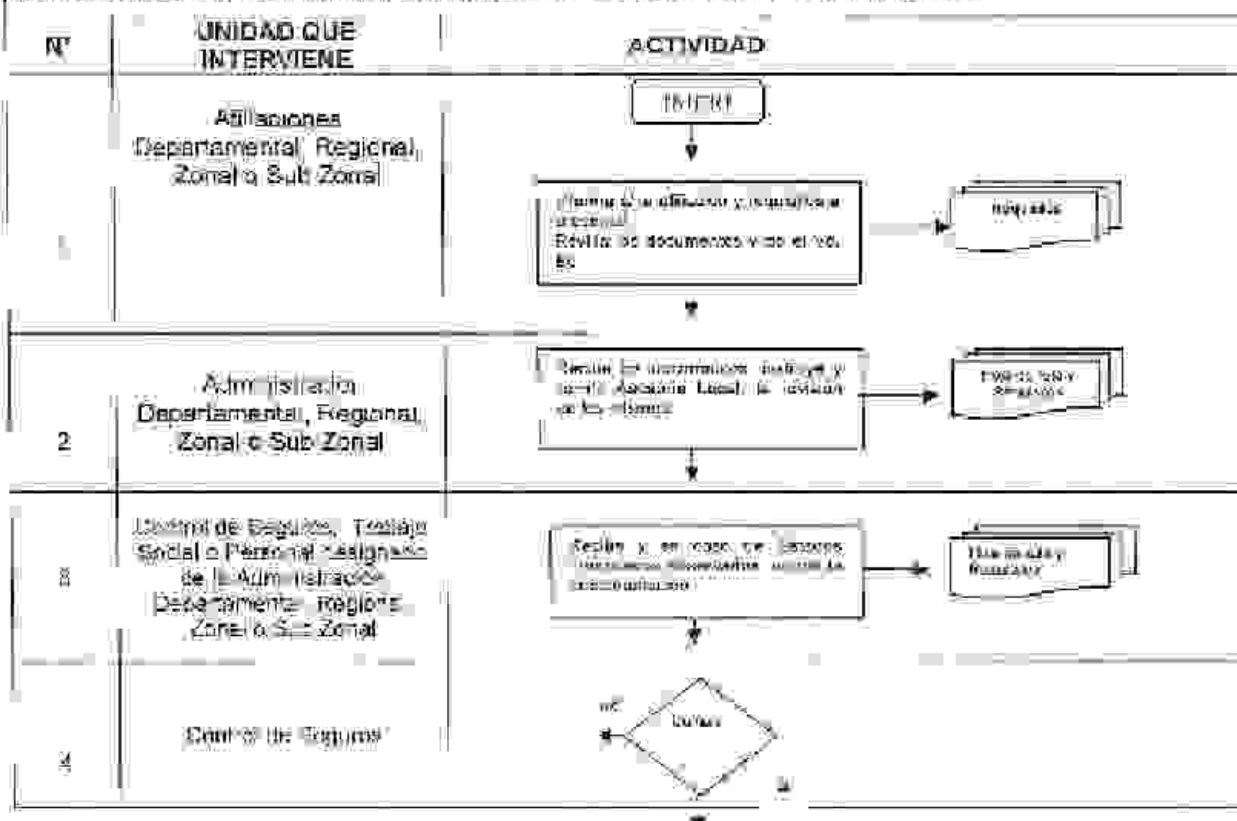
Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		3. Entrega a Cotizaciones una copia del Contrato del Empleador y una copia del formulario Aviso de Afiliación del Empleador.	1 Hora	Afiliación del Empleador
		4. Archivar los documentos de la Empresa en el Libro del Empleador para su custodia.	1 hora	Documentos de respaldo
SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):				
- Empresa Afiliada.				

"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

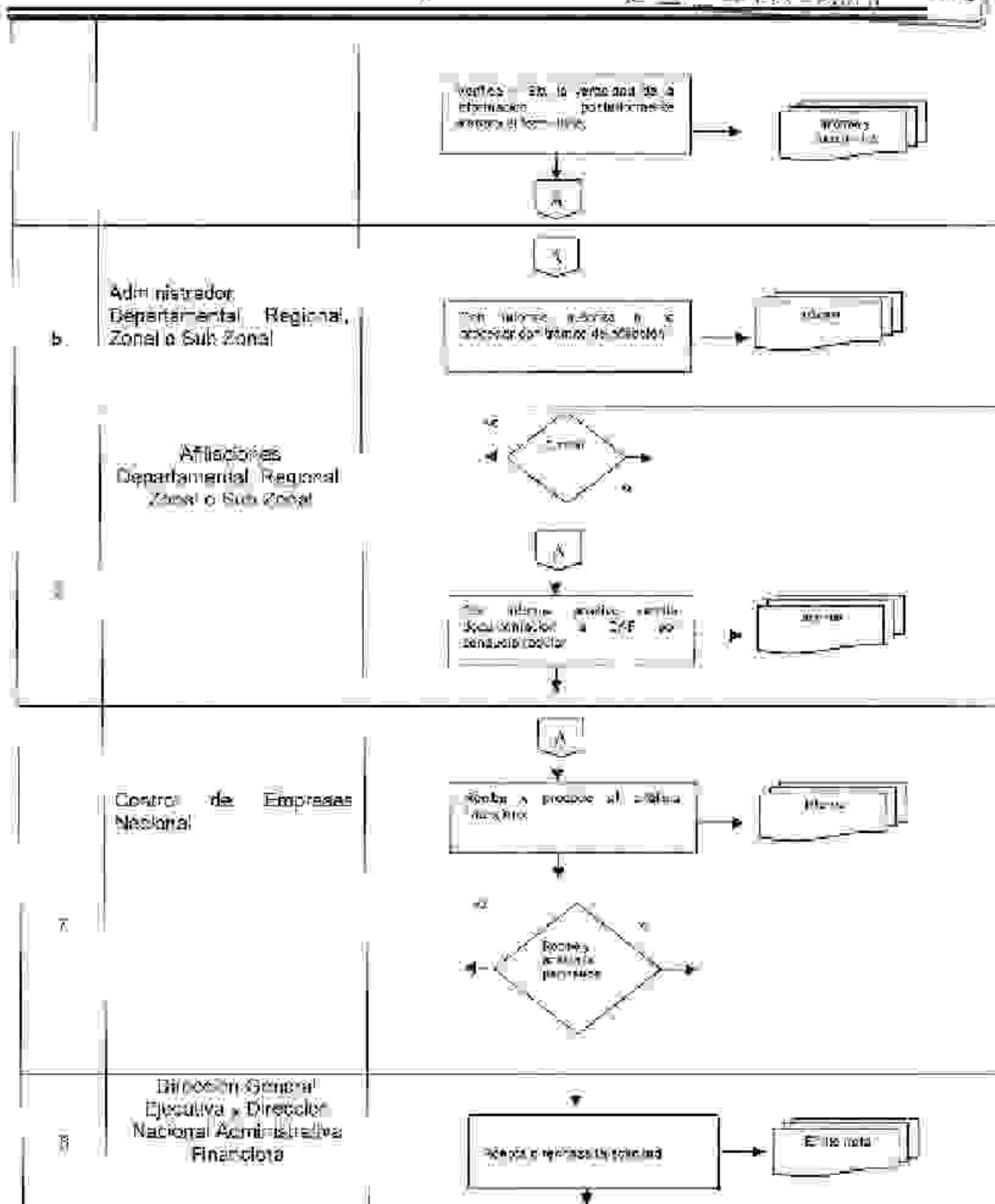
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACION DE EMPRESAS O INSTITUCIONES





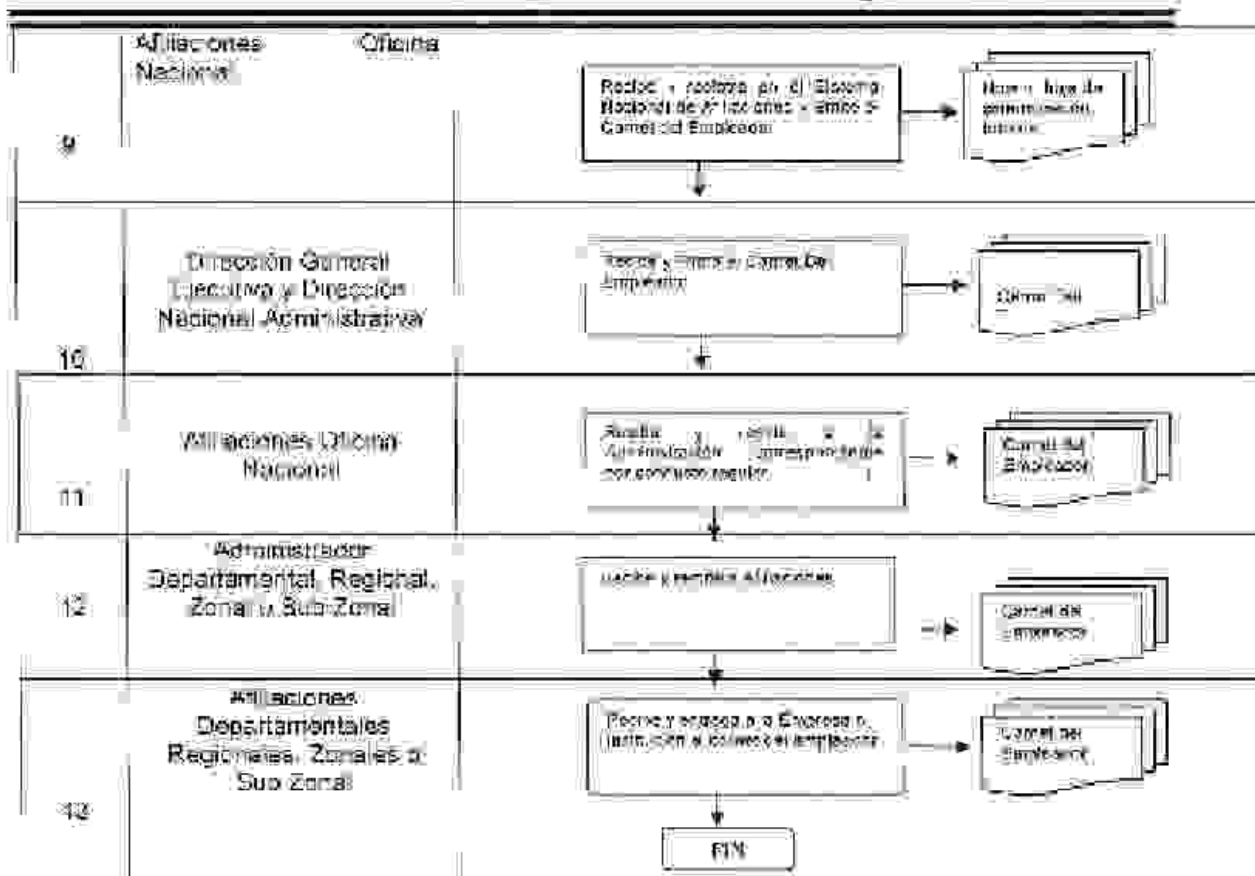
Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



6 Consideraciones Generales

Todas las Empresas e Instituciones afiliadas a la Caja Petrolera de Salud, están obligadas a inscribir a sus trabajadoras, en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir de la iniciación de la relación laboral, incluyendo el periodo de prueba, utilizando el Formulario "AVISO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR" de acuerdo a lo establecido en el Artículo 6 del D.L. 13214 y Q.S. 25714.

Cuando concuerpe la relación laboral entre el asegurado y su empleador, éste obligatoriamente en el término máximo de cinco (5) días hábiles, deberá comunicar al hecho a la Entidad Gestora, utilizando el Formulario "AVISO DE AFILIACIÓN DEL ASEGURADO" de acuerdo a lo establecido en el Artículo 8 del D.L. 13214 y Q.S. 25714.

Cuando el empresario o representante del asegurado(a) preste servicios remunerados a un empleador, se entenderá cotizante en su condición de trabajador(a) titular a un Ente Gestor, NO podrá gozar del seguro de beneficiario(a), bajo como el asegurado titular de las prestaciones médicas indistintamente recibidas por su beneficiario(a).

El pago de la primera Cotización Petrolera, está determinado a partir de la emisión del Cédula del Empleador por Afiliaciones de Oficina Nacional.

Revisado y verificado el Formulario AFIL-Aviso de Afiliación del Empleador con todos los



Caja Petrolera de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



requisitos establecidos para la Afiliación del Empleador, se procederá a la INSCRIPCIÓN en el Registro Nacional de Empresas Afiliadas a la Caja Petrolera de Salud.

Para el caso de Empresas en general con saldos negativos en los Estados Financieros, Control de Empresas realizará el análisis financiero correspondiente y elevará informe técnico respectivo.

El trabajador responsable de Afiliaciones, tiene la obligación de brindar toda la información necesaria, además de orientar a las Empresas, Instituciones y público en general, sobre los requisitos y aspectos relacionados al proceso de afiliaciones en la Caja Petrolera de Salud.

Además las Empresas, instituciones y público en general, tendrán acceso a dicha información en la Página web www.cps.crq.bo.

7. Aviso de Afiliación del Empleador Formulario AFIL-01

La Empresa en su condición de Empleador, tiene la obligación de inscribirse a la Caja Petrolera de Salud, a través del Formulario AFIL-01 "AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR", a objeto de obtener el Número de Empleador correspondiente (Artículo 2 del D.L. 18214 que modifica el artículo 406 del R.C.S.).

El formulario en mención consignará necesariamente los siguientes datos:

- Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal correspondiente.
- Número del Empleador (asignado por la Caja Petrolera de Salud).
- Número y Razón Social de la Empresa.
- Sigla.
- Fecha de constitución de la Empresa.
- Fecha de iniciación de actividades.
- Nº Documento de Constitución y Fechas.
- Tipo de Empresa: Pública (abierta vía TGN y otro), Privada (Sociedades, Unipersonal, Fundación, ONG's, Embajada o Municipio) u otro (especificar).
- Actividad Económica.
- Número de Identificación Tributaria N.I.T.
- Forma de Administración: Centralizada o Descentralizada.
- Detalle de otros Números de Empleador (Ampliaciones).
- Domicilio Legal de la Empresa o Institución: Departamento, Provincia, Localidad, Zona/Barrio, Avenida/Calle N°, Edificio, N° Teléfono(s), N° Fax, correo electrónico y página Web.
- Domicilio del centro de trabajo: Departamento, Provincia, Localidad, Zona/Barrio, Avenida/Calle N°, Edificio, N° Teléfono(s), N° Fax y correo electrónico.
- Nombres y Cédula de identificación del Representante Legal.
- Nombre y Fecha Testimonio de Poder del Representante Legal.
- Domicilio del Representante Legal: Departamento, Provincia, Localidad, Zona/Barrio, Avenida/Calle N°, Edificio, N° Teléfono(s), N° Celular y correo electrónico.
- Lugar de pago de aportes.
- Período de la Planilla presentada.
- Número de trabajadores a la fecha de declaración.
- Total última planilla de.
- Mes y año de primer aporte a la C.F.S.
- Si la Empresa cuenta con afiliación en otro Ente Gestor y N° de Resolución del INASES (adjuntar).
- Lugar y fecha de la Declaración Jurada.



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

- y) Firma y sello (declaración de firma) del Representante Legal de la Empresa;
- z) Sello de la Empresa.

Para Uso Interno de la C.P.S.:

- a) Firma y sello del Encargado de Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal;
- b) Firma y sello del Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal;
- c) Firma y sello del Jefe Nacional de Afiliaciones;
- d) Firma y sello del Jefe del Departamento Nacional de Seguros.

El original del Formulario AFIL-01 Aviso de Afiliación del Empleador, será presentado en Oficinas de Afiliación de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal de la Caja Petrolera de Salud según corresponda.

Para obtener la asignación del Número de Empleador, el original del Formulario AFIL-01 "Aviso de Afiliación del Empleador" los documentos que dieron origen a la afiliación, deben estar debidamente foliados.

8. Asignación del Número del Empleador

Cumplidos los trámites de afiliación, La Caja Petrolera de Salud, otorgará el Número del Empleador que lo permitirá identificar con todos sus señalamientos con la institución, en función de la actividad económica declarada por la Empresa o institución, y en sujeción a los Códigos de la rama de actividad económica establecida en el Anexo N° 4 del Código de Seguridad Social. El número del Empleador, será asignado por Afiliaciones de Oficina Nacional, mismo que está compuesto por nueve (9) dígitos. Los tres primeros se hallan definidos en el "Código Nacional de Ramas de Actividad" establecida en el Anexo N° 4 del Código de Seguridad Social, el cuarto y quinto dígito, para identificar la Regional en la cual tiene su centro de trabajo u operaciones y los últimos cuatro, permiten la ubicación de la Empresa dentro el número correlativo del Registro de Empresas.

Ejemplo:

NÚMERO DEL EMPLEADOR

730-21-0046

Caja Petrolera de Salud Oficina Nacional

Dónde:

730 Código de la Rama de Actividad de la Empresa
21 Identifican la Ubicación Geográfica de la Empresa
0046 Número correlativo del Registro Nacional de Empresas

Las Empresas que tengan sucursales, agencias o filiales en el interior del país, deben presentar un formulario de Aviso de Afiliación del Empleador por cada Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.

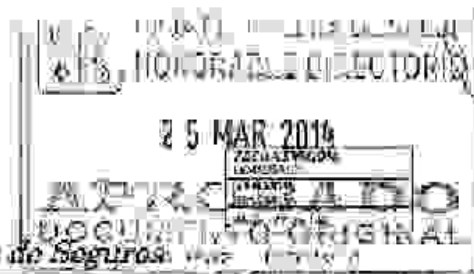
9. Carnet del Empleador- Formulario AFIL-02

Una vez asignado el Número del Empleador, se procederá a la emisión del **CARNET DEL EMPLEADOR** Formulario AFIL-02, con las siguientes especificaciones:



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



- a) Nombre de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal
- b) Número del Empleador
- c) Nombre o razón social de la Empresa o Institución
- d) Sigla o Abreviatura
- e) Mes y año de la primera portación a la C.P.S.
- f) Tasa de aporte de Empleador (10%)
- g) Lugar y fecha de emisión
- h) Sello y firma del Director Nacional Administrativo, Financiero y Director General Ejecutivo

El Carnet del Empleador se emitirá en dos originales y tres copias con el siguiente destino:

- a) Original a la Empresa
- b) Original al libro del empleador
- c) Una fotocopia simple al libro del Empleador de Oficina Nacional
- d) Una fotocopia simple al libro del Empleador de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal
- e) Una fotocopia simple a Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal

10. Aviso de Novedades del Empleador Formulario AFIL-03

Los Empleadores y/o Empresas afiliadas, están obligados a comunicar a la Caja Petrolera de Salud, las variaciones relativas a:

- a) Cambio de Nombre o Razón Social
- b) Suspensión temporal o definitiva de actividades
- c) Cambio del domicilio legal o centro de trabajo
- d) Cambio de Representante Legal
- e) Reanudación de actividades en caso de suspensión temporal
- f) Cambio de lugar del pago de aportes a la Caja Petrolera de Salud
- g) Otras modificaciones

Para este efecto, utilizara el Formulario AFIL-03 "AVISO DE NOVEDADES DEL EMPLEADOR" (un original y tres copias), debidamente respaldado por los documentos respectivos.

El Empleador entregará el formulario Aviso de Novedades a la Caja Petrolera de Salud en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles contados a partir de producidas las Variaciones de acuerdo a lo establecido en los Artículos 3 y 4 del D.L. 19214.

Especificaciones del formulario "AVISO DE NOVEDADES DEL EMPLEADOR"

Datos de la Empresa:

- a) Nombre o Razón Social de la Empresa o Institución
- b) Número del Empleador
- c) Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal
- d) Número de N.I.T.

Datos a Modificar:

- a) Nueva Razón Social de la Empresa o Institución
- b) Sigla o Abreviatura
- c) Nuevo domicilio legal o centro de trabajo de la Empresa o Institución (Localidad, Zona, Barrio, Dirección, Teléfono, Fax, Correo Electrónico)
- d) Nuevo Representante Legal de la Empresa o Institución (Nombre, Número de Cédula de



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

- identidad, Dirección del Domicilio, Teléfono, Fax, Correo Electrónico).
- e) Suspensión de Actividades (Temporal o Definitiva).
- f) Reiniciación de Actividades (Durante la suspensión de actividades es temporal).
- g) Cambio de lugar de pago de aportes (Distrito, Municipio, Ciudad, Más del cambio de lugar de pago de aportes).
- h) Otras modificaciones.
- i) Conformidad del llenado del Formulario.
- j) Nombre del Representante Legal de la Empresa o Institución.
- k) Firma del Representante Legal.
- l) Sello de la Empresa.
- m) Lugar y fecha de emisión del Formulario.
- n) Fecha de recepción del formulario.
- o) Firma y sello del Encargado de Afiliaciones.

10.4 Requisitos para la Ampliación de Número del Empleador:

- a) Carta de solicitud de Ampliación de Número del Empleador dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- b) Testimonio de Poder del Representante Legal.
- c) Fotocopia simple de la Cédula de Identidad (con firma).
- d) Certificado de Número de Identificación Tributaria de la Empresa (NIT).
- e) Fotocopia del Correo del Empleador (Número de Empleador).
- f) Fotocopia última aporte a la Caja Petrolera de Salud de la Administración donde se encuentre el domicilio Legal de la Empresa o Institución (Oficina Central) formulario QOT-91.
- g) Planilla de sueldos y salarios del último mes (original), debidamente firmada y sellada por el Representante Legal en formato del Ministerio de Trabajo.
- h) Formulario de pago de aportes a las AFD's, para empresas con más de un mes de funcionamiento.
- i) Cheques de ubicación del domicilio de la Sucursal, Agencia o Filial solicitante.
- j) Fotocopia de la factura de luz o agua, de la Sucursal, Agencia o Filial solicitante o Certificación de Municipio o Q.T.B. de NO contar con el servicio.
- k) Formulario AFI-01 (Acta de Afiliación del Empleador) emitido por la Caja Petrolera de Salud (un original y tres copias).
- l) Formulario 104 (de NO afiliación en otros Entes Gestores) formulario que se entregará en Afiliaciones de la Caja Petrolera Salud.

Toda la documentación debe ser presentada en dos ejemplares de copias legalizadas.



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad

AFRICADO DOCUMENTO

25 MAR 2014

AFRICADO DOCUMENTO

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones Departamental	1. Informa a las Empresas sobre los requisitos para ampliación de Número del Empleador	1 Hora	Lista de requisitos Documentos de



SECTION 100-10-100
 100-10-100
 100-10-100
 100-10-100
 100-10-100

Manual de Procesos y Procedimientos de Sognros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
	Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Revisa los documentos de acuerdo a los requisitos establecidos. 2. En caso de cumplir con todos los requisitos, da su visto bueno para la continuación del trámite.	1 Hora 1 Hora	la adhesión
2	Administración Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe adjunto a la nota de solicitud, la documentación y deriva a Control de Seguros, Control de Empresas o Personal designado de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal para la Verificación Ocular in Situ del funcionamiento de la Empresa o Institución y entrevista con el Representante Legal.	2 días	Documentos de ampliación
3	Encargada de Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe la documentación Autoridad competente. 2. Emite el Informe de Anulación de Número del Empleador a Dirección Nacional Administrativa Financiera vía el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal para la emisión del Carnet del Empleador.	3 días	Documentos para la ampliación
4	Dirección Nacional Administrativa Financiera	Recibe, remite al informe y la documentación al Departamento Nacional de Seguros para la emisión del Número del Empleador a través de Afiliaciones Oficina Nacional.	3 días	Comunicación interna, informe y documentos para la impresión
5	Afiliaciones Oficina Nacional	1. Recibe la documentación y Emite el Número del Empleador, de acuerdo a: a) Actividad económica b) Ubicación Geográfica del domicilio del centro de trabajo de la Empresa o Institución. c) Constativo de Afiliaciones. 2. Emite el Carné del Empleador a) Ingresar los datos de la Empresa o Institución al Sistema Nacional de Afiliaciones b) Imprime el Carné del Empleador de acuerdo a: b.1 Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal b.2 Número del Empleador b.3 Nombre y razón social de la Empresa b.4 Sigla o Abreviatura b.5 Mes y año del primer aporte a la C.P.R. b.6 Tipo de Aporte b.7 Lugar y fecha de Emisión b.8 Firma del Director Nacional Administrativo Financiero y Director General Ejecutivo. 3. Vía Departamento Nacional de Seguros, Dirección Nacional Administrativa Financiera y Dirección General Ejecutiva, remite el Carné del Empleador y Formulario de Afiliación del Empleador a la Administración Departamental, Regional, Zonal o	2 días	Comunicación interna, informe y documentos para la ampliación
			1 día	FORMA AFIL-02 y Carné del Empleador



Ministerio de Petróleo y Acero

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad - Fase - Oficina



Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		Sub-Zonal se otanta 4. Entrega un carnet original con la documentación de respaldo al archivo de Oficina Nacional para su resguardo en su sobre de empleador		
6	Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal	1. Recibe y revisa el Carnet del Empleador y Formulario de Afiliación del Empleador al Encargado de Afiliaciones de la Administración	2 días	Documentos para la afiliación
7	Encargado de Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal	1. Recibe el Carnet del Empleador y registra los datos de la Empresa en el Sistema de Afiliaciones de acuerdo a: a. Código Número del Empleador b. Nombre o razón Social de la Empresa c. Abreviatura o sigla d. Tipo de Empresa e. Clasificación f. Fecha de Ingreso: registrar el mes de la primera cesación g. Lugar de Pago de Aportes h. Dirección del domicilio de la Empresa o Institución i. Teléfono de la Empresa o Institución j. Nombre del Representante Legal k. Número de Cédula de Identidad del Representante Legal de la Empresa o Institución. NOTA: Este procedimiento se mantendrá hasta la finalización del proyecto de Re-empadronamiento de Empresas.	2 días	Comunicación al empleador, Nota de emisión, Carnet de Empleador y FORM AFIL-Aviso de Afiliación del Empleador
		2. Entrega a la Empresa o Institución, el Carnet del Empleador y una copia del Formulario de Afiliación del Empleador	1 Hora	Carnet del Empleador
		3. Entrega a la Empresa o Institución una copia del Carnet del Empleador y una copia del Formulario de Afiliación del Empleador	1 Hora	FORM AFIL-Aviso de Afiliación del Empleador
		4. Archiva los documentos de la Empresa o Institución en el Sobre del Empleador para su resguardo. Este procedimiento se mantendrá hasta la finalización del proyecto de Re-empadronamiento de Empresas.	1 Hora	



DATE: _____
TIME: _____

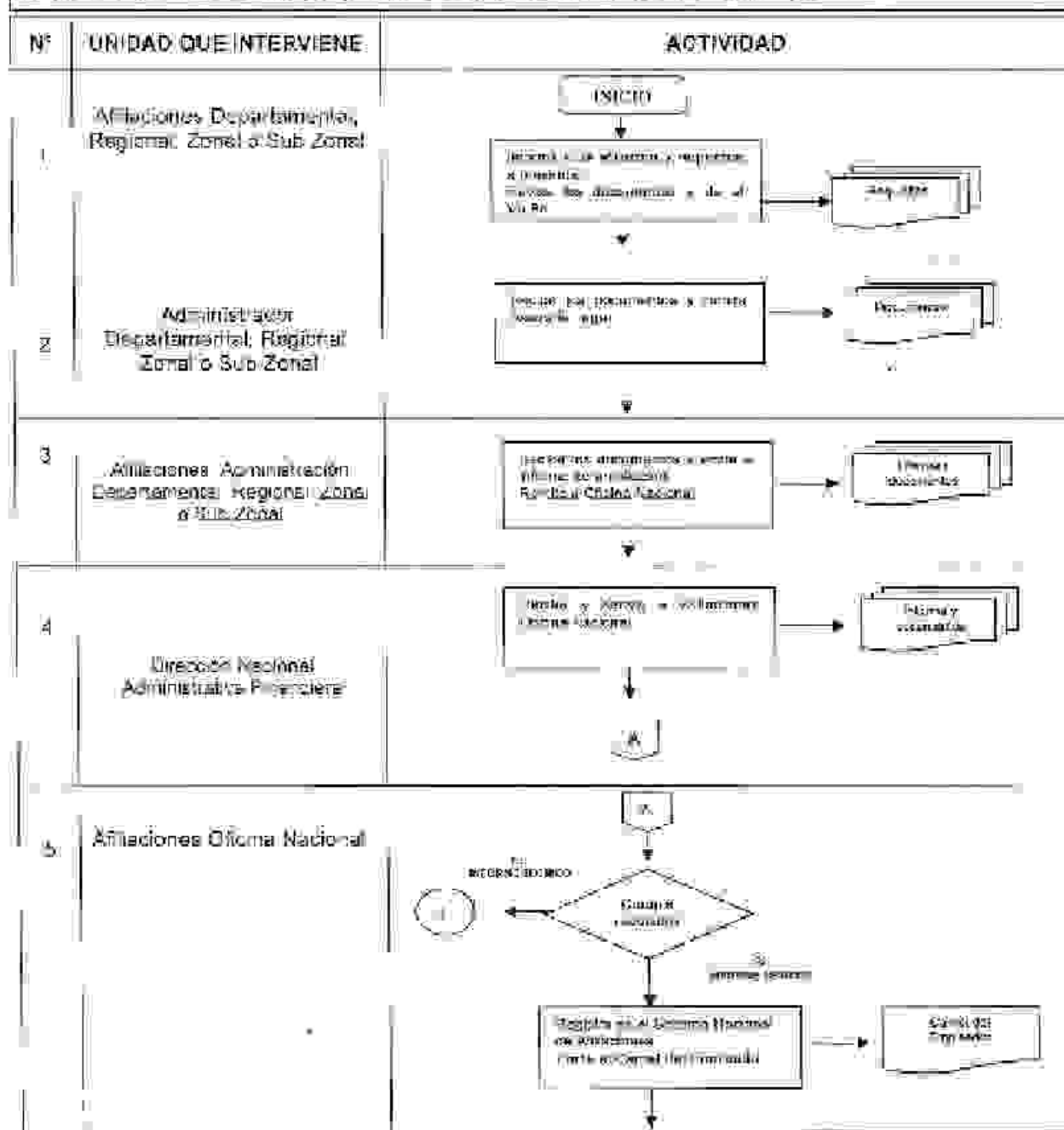
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

“DIAGRAMA DE FLUJO”

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

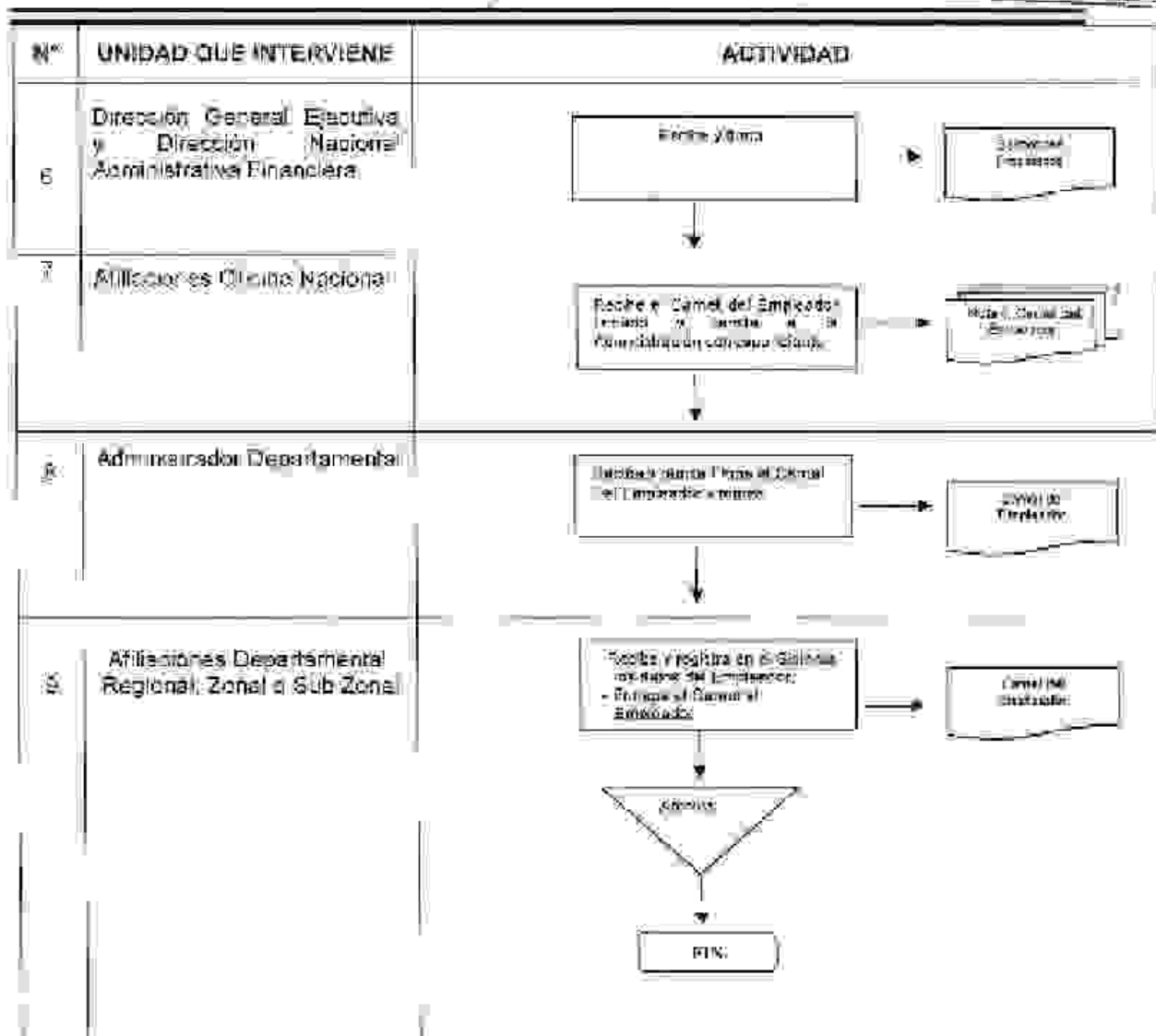
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AMPLIACIÓN DEL NÚMERO DEL EMPLEADOR





Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguro





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

11 Requisitos para la Presentación del Aviso de Novedades del Empleador, Según:

11.1 Cambio de Razón Social

- Carta de solicitud de cambio de Razón Social
- Carta de solicitud de Certificación de NO Adeudos dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Formulario AFL-03 Aviso de Novedades del Empleador
- Certificado de NO Adeudos (ver formato en anexo) a la C.P.S., emitido por Control de Seguros, Control de Empresas o Autoridad Competente
- Fotocopia Aviso de Baja del Trabajador de cada uno de los trabajadores activos a la fecha de cambio de razón social de la Empresa o Institución. No se debe llenar el dato de fecha de baja del trabajador, por tratarse de un cambio de razón social. (Llenar el campo OBSERVACIONES: CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL)
- Escritura Pública de cambio de la razón social o nueva Constitución de la Empresa.
- Certificado de inscripción a FUNDEMPRESA (matrícula).
- Certificado de Número de Identificación Tributaria de la Empresa (NIT) con la nueva razón social.
- Testimonio de Poder del Representante Legal.
- Fotocopia simple de la Cédula de Identidad (firmada).
- Licencia de funcionamiento otorgado por el Gobierno Municipal (según la actividad).
- Certificado de inscripción a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).
- Devolución del Carnet del Empleador (Número del Empleador).
- Último Aporte Realizado a la C.P.S.
- Formulario AFL-01 Aviso de Afiliación del Empleador, emitidos por la Caja Petrolera de Salud (un original y tres copias).

Toda la documentación debe ser presentada en los ejemplares de copias legalizadas.



caja costarricense de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR

OBJETIVO DEL PROCESO.

Gestionar la afiliación a la Caja Costarricense de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, trabajadores independientes, Ramistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Directorio, Dirección General Ejecutivo, Dirección Nacional Administrativa, Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Costa Rica y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Informa a las Empresas o Instituciones, sobre los requisitos para el cambio de razón social. 2. Revisa los documentos de acuerdo a los requisitos establecidos. 3. En caso de cumplir con todos los requisitos, da su visto bueno para el inicio del trámite.	1 Hora 1 Hora 1 Hora	Lista de requisitos, documentos para el cambio de razón social
2	Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe acuerdo a la hoja de solicitud, la documentación y deriva a Afiliaciones por conducto regular.	3 días	Documentos para el cambio de razón social
3	Encargado de Afiliaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe la documentación del Administrador y remite a Oficina Nacional vía el Administrador Departamental y Jefe de la Administración Financiera para la emisión del nuevo CARNET DEL EMPLEADOR.	5 días	Documentos para el cambio de razón social
4	Director Nacional Administrativo Financiero	1. Recibe la documentación y deriva a Afiliaciones de Oficina Nacional por conducto regular.	8 días	
5	Afiliaciones de Oficina Nacional	1. Recibe y revisa la documentación de acuerdo a requisitos establecidos. 2. Registra los datos en el Sistema Nacional de Afiliaciones de acuerdo a: CUANDO MANTIENE EL NÚMERO DEL EMPLEADOR: a. Ratifica la actividad económica. b. Registra la nueva razón social. c. Abreviatura o sigla.	2 días	Comunicación interna, Informe y de cambio de razón social



Compañía Petrolera de los Andes

FECHA ELABORACIÓN	
REVISIÓN	
OTRAS	
FECHA	

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
		d. Ratifica el número de identificación Tributaria N.I.T. e. Actualiza la fecha para emisión del Nuevo Carnet del Empleador. f. Actualiza la dirección del domicilio legal de la Empresa o Institución (si corresponde). g. Actualiza el número de teléfono de la Empresa o Institución (si corresponde). h. Actualiza el correo electrónico de la Empresa o Institución (si corresponde). i. Actualiza el nombre, número de teléfono y correo electrónico del Representante Legal (si corresponde). j. Se confirma la actualización de datos.		
		CUANDO CAMBIA EL NUMERO DEL EMPLEADOR: Se procederá de acuerdo a procedimiento de afiliación de Empresas o Instituciones. 3. Emite el Carnet del Empleador.		
		4. Apertura el Sobre Patronal e incorpora los documentos en el sobre del Empleador incluyendo los documentos que originaron el cambio de razón social.	2 días	FORM AFIL-02 Carnet del Empleador
		5. Organiza y amina los documentos para su remisión a Archivo de Gestión dependiente del Departamento Nacional de Seguros para su resguardo correspondiente.		
		6. Remite con nota a la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal solicitando, vía el Departamento Nacional de Seguros, Dirección Regional Administrativa Financiera y Dirección General Ejecutiva el Carnet del Empleador y Formulario de Afiliación del Empleador, debidamente timbrado y sellado por las autoridades respectivas.		
6	Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe y remite al Encargado de Afiliaciones de la Administración el Carnet del Empleador y Formulario de Afiliación del Empleador.	2 días	Nota de remisión, Carnet del Empleador y FORM AFIL-02 Aviso de Afiliación del Empleador
7	Encargado de Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe el Carnet del Empleador y el Formulario de Afiliación del Empleador, registra los datos de la Empresa en el Sistema de Afiliaciones de acuerdo a: a. Código Número del Empleador.	2 días	Comunicación interna, Nota de remisión Carnet del Empleador y FORM AFIL-02 Aviso de



asistencia técnica de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		b. Nombre póliza Social de la Empresa o Institución. c. Abreviatura o sigla. d. Tipo de Empresa o Institución. e. Designación. f. Fecha de ingreso registrarse mes de la primera colocación. g. Lugar de Pago de Aportes. h. Dirección del domicilio y número de teléfono de la Empresa o Institución. i. Nombre y Cédula de Identidad del Representante Legal de la Empresa o Institución.		Afiliación del Empleador
		NOTA: Este procedimiento se mantendrá hasta la finalización del proyecto de Re-empadronamiento de Empresas.		
		2. Entrega a la Empresa o Institución el Copial del Empleador y una copia del Formulario de Afiliación del Empleado.	Una	Copial del Empleador y FORM AFI
		3. Entrega a Cotizaciones una copia del Copial del Empleador y una copia del Formulario de Afiliación del Empleado.	Una	Copial del Empleado
		4. Archiva los documentos de la Empresa o Institución en el Sobre del Empleador, para su resguardo.	Tres	
		Este procedimiento se mantendrá hasta la finalización del proyecto de Re-empadronamiento de Empresas.		
SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES): Empresa Afiliada con nueva Tarifa Social y con nuevo Número del Empleado.				



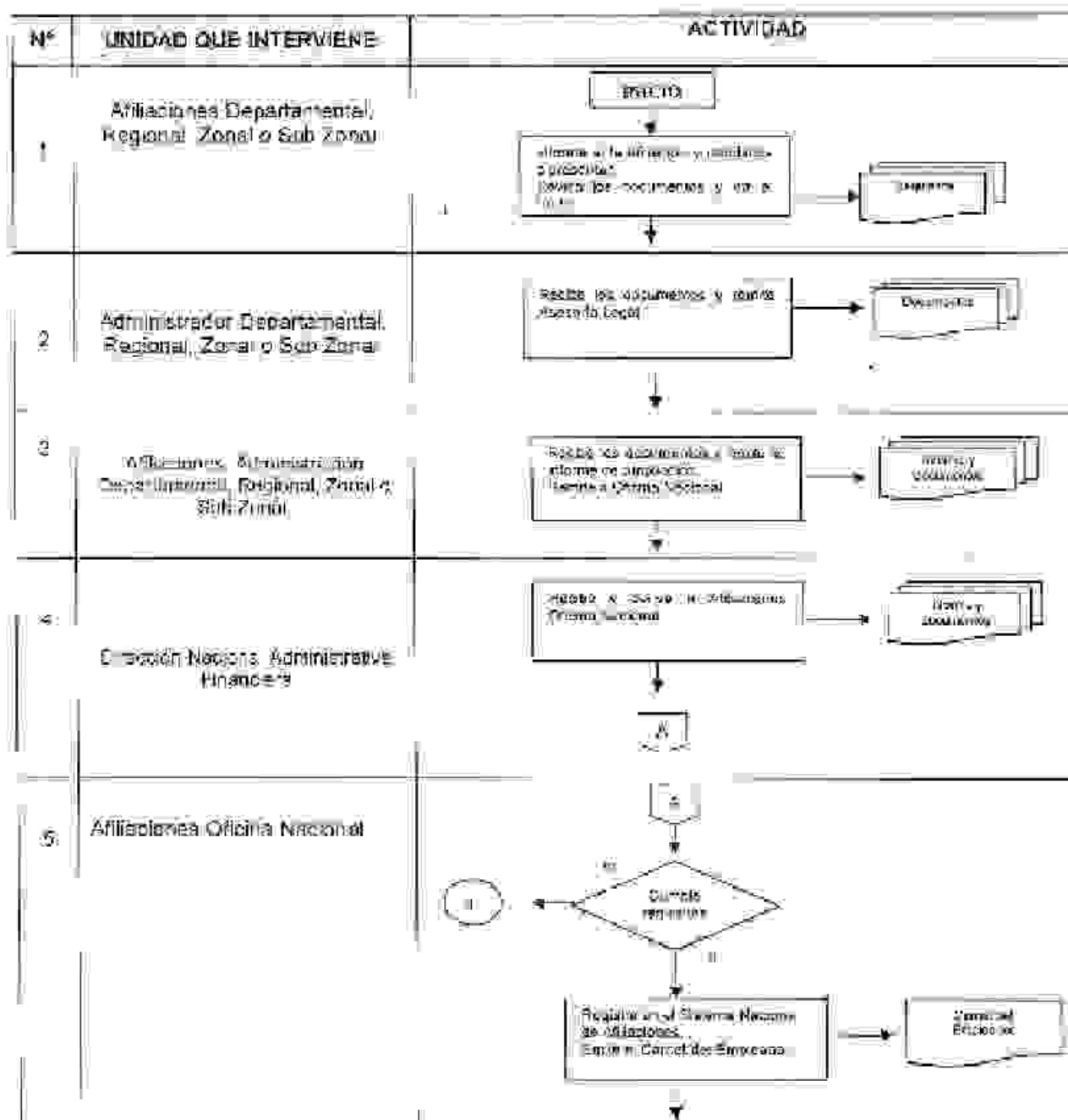
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR





Ministerio de Salud y Protección Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Procesos y Procedimientos de Seguros
25 MAR 2014
SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS
Versión 1.0
Página 1 de 1

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
1	Dirección General Ejecutiva y Dirección Nacional Administrativa Financiera	<pre> graph TD A[Recibe y firma] --> B[Carta de Acreditación] </pre>
2	Afiliaciones Oficina Nacional	<pre> graph TD A[Recibe el Copia del Empleado, contrato y firma el B de afiliación y cotización] --> B[Datos Generales Afiliación] </pre>
3	Administración Departamental	<pre> graph TD A[Recibe y firma Firma al Copia del Empleado y copia] --> B[Firmado del Copia] </pre>
4	Afiliaciones Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal	<pre> graph TD A[Recibe y aplica la Base de datos de Empleado, contrato y firma el B de afiliación y cotización] --> B[Copia del Empleado] A --> C{ACORD} C --> D[FIN] </pre>



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

11.2 Cambio de Representante Legal

- Carta de Solicitudes de Cambio de Representante Legal, dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Formulario AFIL-95 Aviso de Movilidades del Empleador.
- Testimonio del poder del Representante Legal.
- Fotocopia de Cédula de Identidad, Pasaporte, Cédula de Extranjero o D.N.I. para extranjeros (firmada).

Toda la documentación debe ser presentada en dos ejemplares de copias legalizadas.



Caja Costarricense de Seguro Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CAMBIO DEL REPRESENTANTE LEGAL

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Costarricense de Seguro Social de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, trabajadores beneficiarios (fuerzas armadas y otros), a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL, ÁREA ADMINISTRATIVA.

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Director, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Jefe y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamentación Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Largo Plazo y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Informa sobre los requisitos para realizar el Cambio de Representante Legal de la Empresa o Institución.	1 Hora	Lista de requisitos y documentos para el cambio de Representante Legal
		2. Revisa los documentos establecidos y registra en el sistema de afiliaciones los nuevos datos.	1 Hora	
		3. Deriva con nota una copia del Aviso de Novedades del Empleador FORM AFIL-03 a la Dirección Nacional Administrativa Financiera, vía el Jefe Administrativo Financiero, Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.	3 días	Formulario AFIL-03
		4. Entrega una copia del Aviso de Novedades del Empleador FORM AFIL-03 a la Empresa o Institución y a Cotizaciones.	1 Hora	Formulario AFIL-03
		5. Archiva los documentos en el Sistema del Empleador.	1 Hora	Formulario AFIL-03
2	Dirección Nacional Administrativa Financiera	1. Recibe la Nota y documentación de respaldo y remite al Departamento Nacional de Seguros, para la actualización de datos en el Sistema Nacional de Afiliaciones, a través de Afiliaciones de Oficina Nacional.	2 días	Nota, documentación de cambio de Representante Legal y FORM AFIL-03
3	Afiliaciones	1. Recibe, revisa y registra en el Sistema	2 días	Nota



Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

REVISADO POR:	
FECHA:	
REVISADO POR:	
FECHA:	

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
	Oficina Nacional	Nacional de Afiliaciones, de nuevos datos 2. Remite con nota la documentación a Archivo de Gestión dependiente del Departamento Nacional de Seguros para incorporación al sobre patronal.	1 día	documentación de cambio de Representante Legal y FORM AFILO-03
4	Unidad de Gestión Operativa del Departamento Nacional de Seguros	1. Recibe y archiva el sobre del Empleador correspondiente.	1 día	Nota de documentación de respaldo para el cambio de representante legal y Formulario AFILO-03



Caja Costarricense de Seguro Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

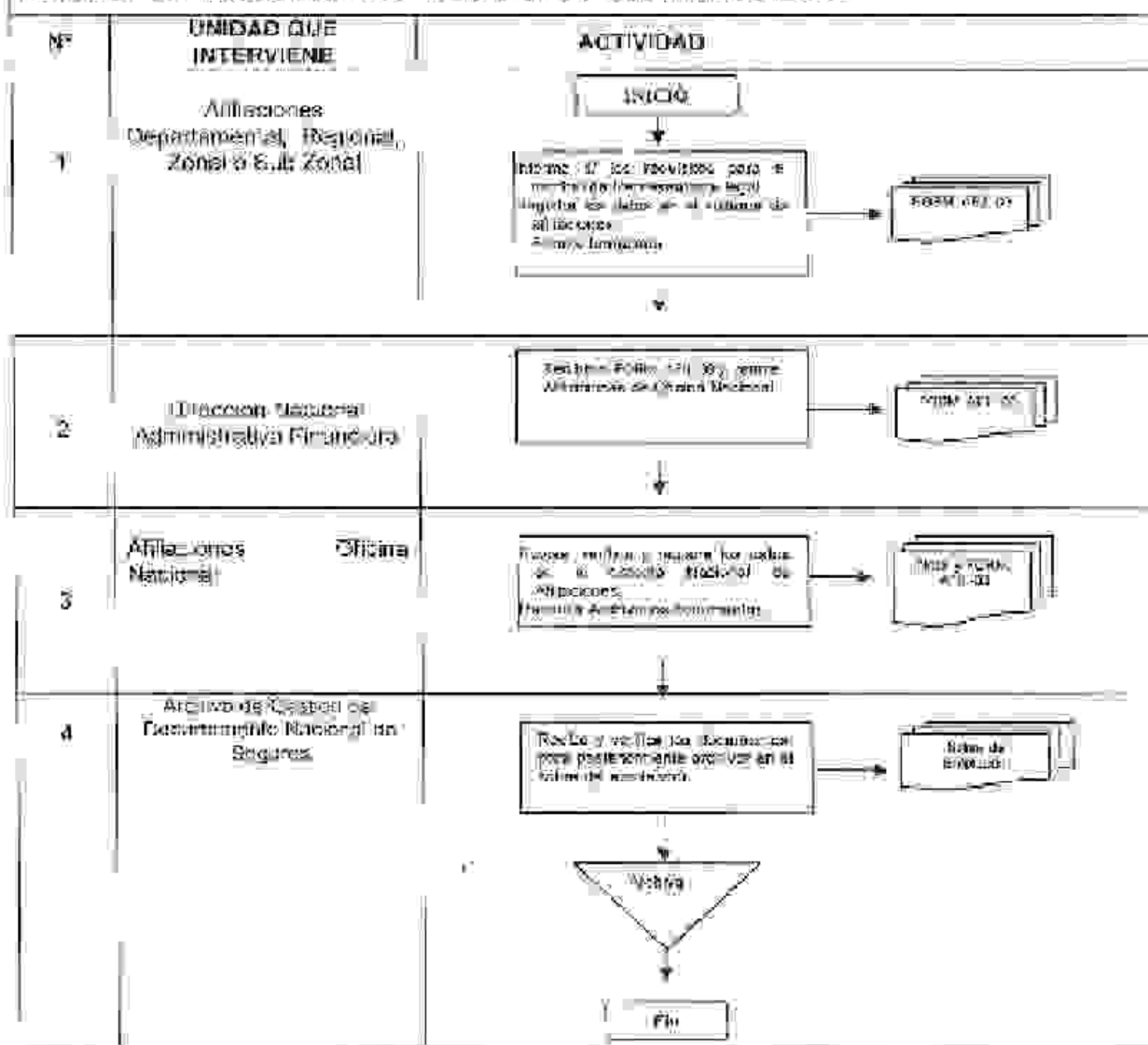


"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CAMBIO DEL REPRESENTANTE LEGAL





Caja Costarricense de Seguro Social

PROCESO
FORMULARIO
FECHA
HOJA

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

11.2 Cambio de Domicilio Legal de la Empresa o Institución

- Solicitud de Cambio de Domicilio Legal dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal.
- Formulario AFIL-03 Aviso de Novedades del Empleador.
- Croquis de ubicación del domicilio legal de la Empresa o Institución actualizado.
- Factura de servicios de luz o agua (Responsable del Municipio CJTB de NO contar con el servicio).

Toda la documentación debe ser presentada en dos ejemplares para su actualización en el Sistema de Afiliaciones de la CCSS.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS • AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CAMBIO DE DOMICILIO LEGAL DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Costarricense de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados voluntarios, trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL AREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Consejo Directivo General Ejecutivo, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO)

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación al Sistema de Seguridad Social de Costa Rica y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO MAXIMO	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones Departamental, Zonal o Sub-Zonal	1. Informa sobre los requisitos para realizar el Cambio de domicilio Legal de la Empresa o Institución. 2. Revisa los documentos esbozados, y registra en el sistema los nuevos datos. 3. Deriva con copia una copia del formulario Aviso de Novedades a la Dirección Nacional Administrativa Financiera, vía el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal. 4. Entrega una copia del Aviso de Novedades	1 Hora 1 Hora 2 días 1 Hora	Lista de requisitos y documentos para el cambio de domicilio legal FORM AFIL-03 FORM AFIL-03



Copa Perú 2014

OTRO DATOS	
FECHA	
OTRO DATOS	

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		del Empleador FORM AFIL- 03 a la Empresa o Institución. 5. Entrega una copia del Aviso de Novedades del Empleador FORM AFIL-03 a Cotizaciones. 6. Archiva los documentos en el Sobre del Empleador.	1 hora 1 hora	FORM AFIL-03 FORM AFIL-03
2	Dirección Nacional Administrativa Financiera	1. Recibe la Nota y la documentación, posteriormente remite a Afiliaciones de Oficina Nacional para la actualización de datos en el Sistema de Afiliaciones, a través de la Jefatura del Departamento Nacional de Seguros.	2 días	Nota, documentación para el cambio de domicilio y FORM AFIL-03
3	Afiliaciones de Oficina Nacional	1. Recibe, revisa y registra en el Sistema Nacional de Afiliaciones, los nuevos datos. 2. Remite con nota la documentación a Archivo de Gestión para incorporación al sobre del Empleador.	2 días 1 día	Nota, documentación de cambio de domicilio y FORM AFIL-03
4	Archivo de Gestión del Departamento Nacional de Seguros	2. Recibe y archiva el sobre del Empleador correspondiente.	1 día	Nota, documentación de cambio de domicilio y FORM AFIL-03

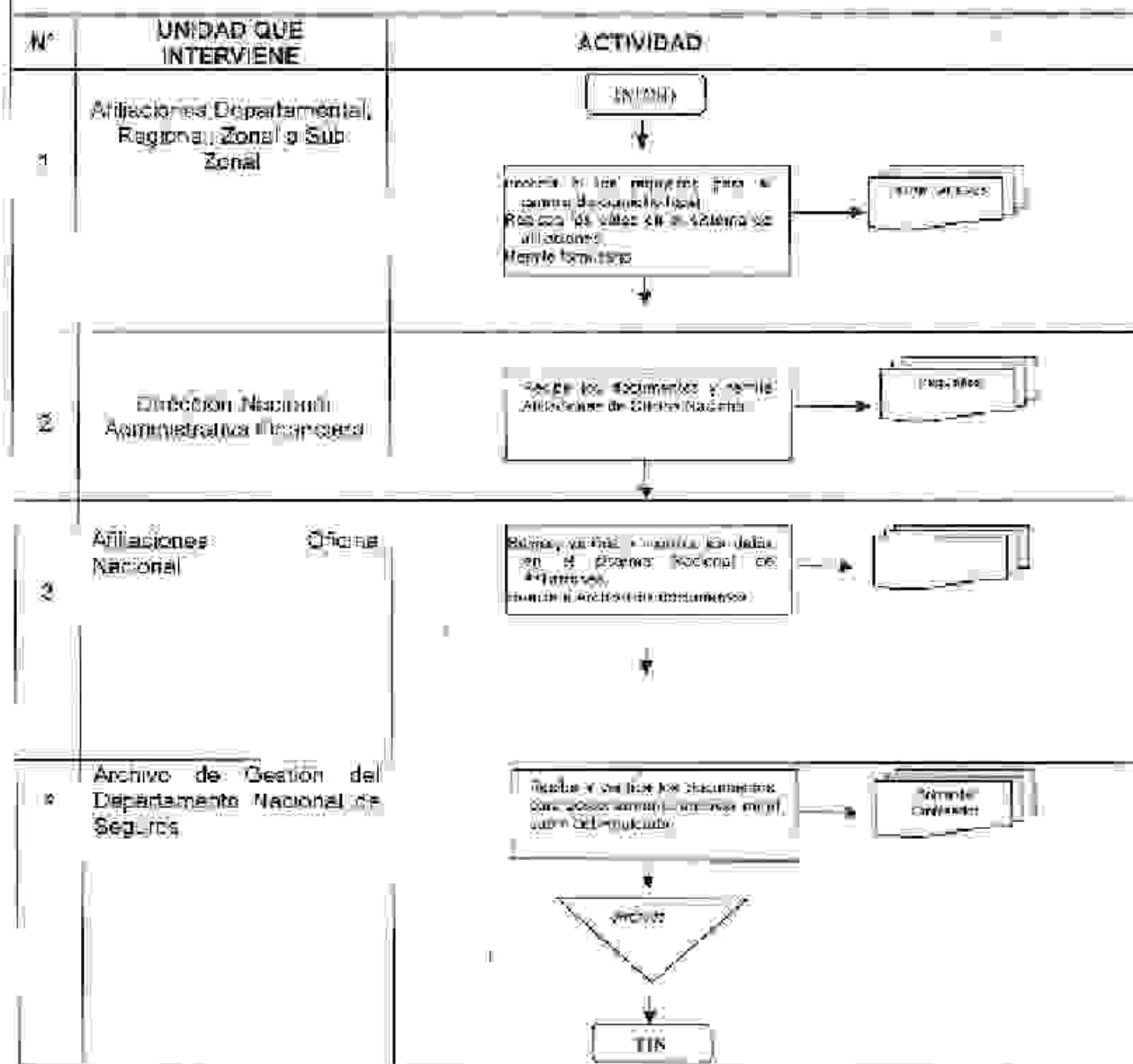


"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CAMBIO DE DOMICILIO LEGAL DE LA EMPRESA INSTITUCIÓN





Seguros de Salud de las Empresas

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



1.1.4. Baja Temporal del Número del Empleador

- Carta de solicitud de bajatemporal
- Carta de solicitud de Certificación de NO Adeudos, dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal
- Formulario AFIL-03: Aviso de Novedades del Empleador
- Certificado de NO Adeudos (Formulario Anexo) a la Caja Petrolera de Salud emitido por Control de Seguros, Control de Empresas o Autoridad Competente, en caso de mora Contrata de Plan de Pagos suscrito.
- Fotocopia Cartel del Empleador (Número de Empleador)
- Fotocopia del Altimórtorio realizado a la C.P.S.

Asimismo, se procederá a la localización de la Empresa

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: BAJA TEMPORAL DEL NÚMERO DEL EMPLEADOR

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, trabajadores beneficiarios, Remitas y otros a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL, ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Director, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Informa a la Empresa o Institución sobre los requisitos para realizar la Baja Temporal del Número del Empleador. 2. Revisa los documentos estratégicos y da su visto bueno para la continuación del trámite.	1 hora 1 hora	Lista de requisitos Documentos de baja temporal
2	Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	3. Recibe los documentos y deriva a Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.	3 días	Documentos de baja temporal
3	Encargado de Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal	4. Con la documentación recibida, registra en el Sistema de Afiliaciones la baja temporal del Número del Empleador, de acuerdo a En retiro temporal registra los siguientes datos:	5 días	Continuación trámite y documentos de baja temporal



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
	a. Sub Zonal	a. Empresa (Nombre del Empleador) b. Motivo (Motivo del ciente temporal) c. Fecha de Inicio (día, mes, año) d. Fecha Final (día, mes, año).		
		2. Deriva una copia del Aviso de Novedades del Empleador Formulario AFIL-03 a Coordinaciones Departamentales Regionales Zonales o Sub Zonal	1 hora	Formulario AFIL-03
		3. Entrega una copia del Aviso de Novedades del Empleador Formulario AFIL-03 a la Empresa o institución.	1 hora	FORM AFIL-03
		a. Archiva los documentos en el sobre del Empleador	1 hora	FORM AFIL-03
		b. Con nota remite una copia de la documentación a la Unidad de Control de Seguros o Control de Empresas donde exista esta instancia en aquellas administraciones que no cuenten, remitiendo al Departamento Nacional de Seguros de Oficina Nacional.	2 días	Documentos de baja temporal y FORM AFIL-03
		a. Remite el informe a Dirección Nacional Administrativa Financiera y/o Administración Departamental Regional Zonal o Sub Zonal para su procesamiento correspondiente por la Sección Nacional de Afiliaciones	3 días	Informe, documentos y FORM AFIL-03
4	Dirección Nacional Administrativa Financiera	1. Adjunto a nota recibe el informe y documentación, posteriormente derivan a Afiliaciones de Oficina Nacional con conducto regular	3 días	Informe, documentación y FORM AFIL-03
5	Jefe de Afiliaciones de Oficina Nacional	1. Recibe y verifica el registro de la Baja Temporal de la Empresa en el Sistema Nacional de Afiliaciones. 2. Deriva una copia de la documentación a la División Nacional de Control de Empresas. 3. Remite con nota la documentación a Archivo de Gestión dependiente del Departamento Nacional de Seguros para su incorporación al sobre del Empleado.	2 días 2 días 2 días	Informe, documentos y FORM AFIL-03
6	Archivo de Gestión del Departamento Nacional de Seguros	3. Recibe y archiva al sobre del Empleador correspondiente	1 día	Nota, documentación de cambio de domicilio y FORM AFIL-03



2013 00000000000000000000

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

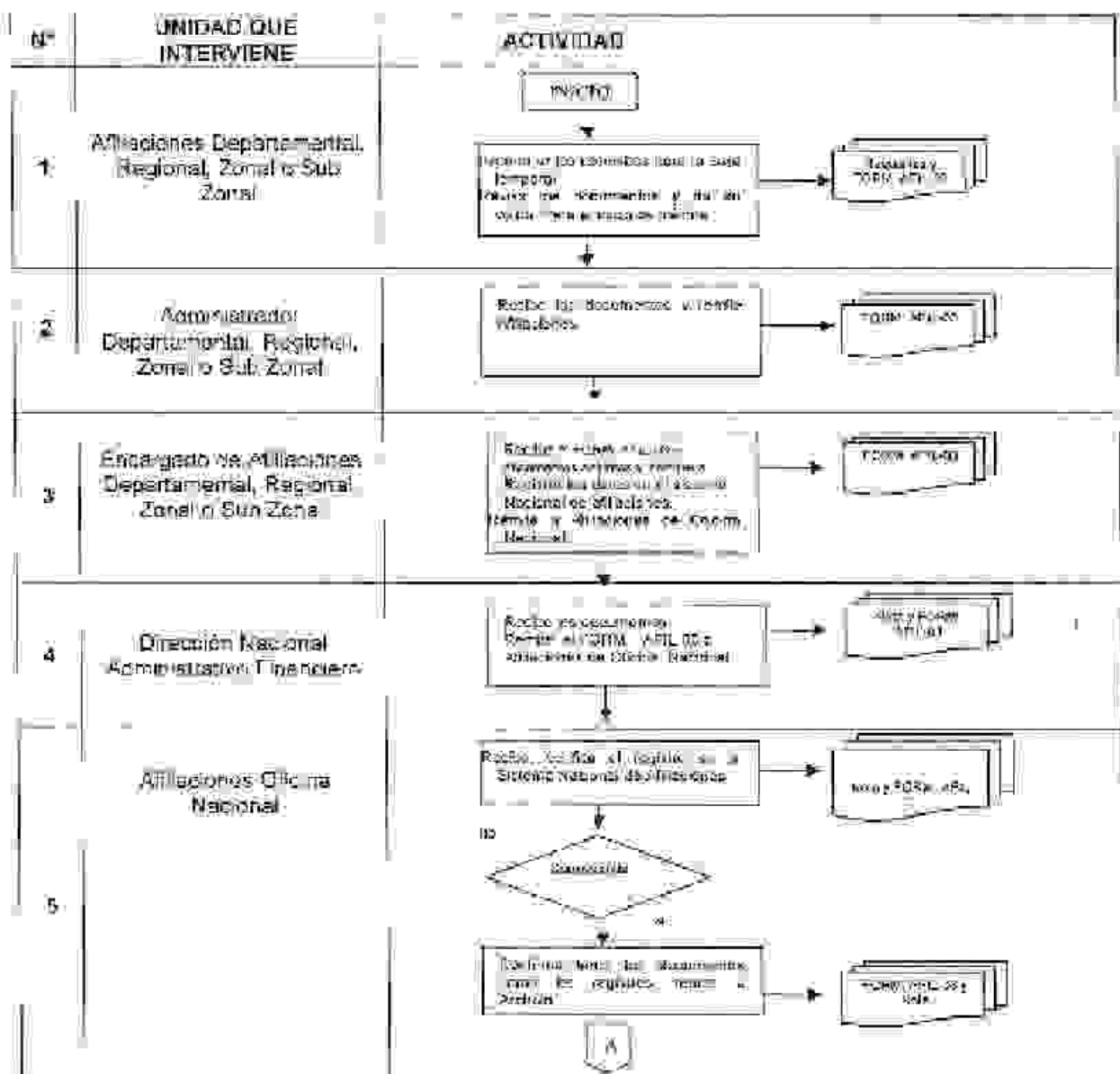
UNION DE LA AMERICA LATINA
HONDURAS DIRECTORIO
25 MAR 2014
APR 2014
DOCUMENTO ORIGINAL

"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: BAJA TEMPORAL DEL NÚMERO DEL EMPLEADOR





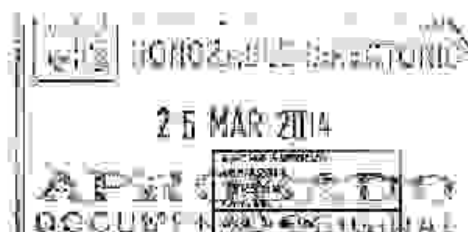
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
6.	Asesoría de Gestión del Departamento Nacional de Seguridad	<pre>graph TD; A[Análisis y gestión de documentos, responsabilidades y recursos en el seguro de desempleo] --> B[SEGURO DE DESempleo]; B --> C{Aceptar}; C --> D[FIN];</pre>



Caja Petrolera de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



11.5 Baja Definitiva Del Número Del Empleador

- Carta de solicitud de Baja Definitiva y Certificación de NO Adeudos, dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal
- Formulario AFIL-03, Aviso de Novedades de Empleador
- Certificado de NO Adeudos (Formulario del Anexo 3 a la Caja Petrolera de Salud, emitido por Control de Seguros, Control de Empresas o autoridad competente)
- Fotocopia del Balance de Cierre
- Fotocopia del Testimonio de disolución de la sociedad o documento equivalente (cuando corresponde)
- Fotocopia del último aporte realizado a la CUIT
- Inhabilitación/inactivación del NIT
- Baja de la Licencia de Funcionamiento (cuando corresponda). (Excepto Embajadas, Misiones y Oficinas que correspondan por Ley)
- Devolución del Carnet del Empleado (Número del Empleador)

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: BAJA DEFINITIVA DEL NÚMERO DEL EMPLEADOR

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Assegurados Voluntarios, trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Director, Dirección General Ejecutivo, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Juntas y Responsables del Control de Empresas, Afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Controlazo y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO MÁXIMO	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones (Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal)	1. Informa a la empresa o institución sobre los requisitos para realizar la Baja Definitiva del Número del Empleador. 2. Revisa los documentos establecidos, y da su visto bueno para el inicio del trámite.	15 minutos 15 minutos	Lista de requisitos Documentos baja definitiva
2	Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe los documentos y deriva a Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.	0 días	Documentos Baja definitiva
3	Encargado de	1. Con la documentación recibida, registra en el	2 días	Comunicación interna



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
	Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Sistema de Afiliaciones la baja definitiva del Número del Empleador. 2. Deriva una copia del Aviso de Novedades de Empleados Formulario AFIL-02 a Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal y a la Empresa o Institución. 3. Archiva los documentos en el sobre del Empleador. 4. Con nota remite una copia de la documentación a la Unidad de Control de Seguros o Control de Empresas donde exista esta instancia; en aquellas administraciones que no cuentan, remitirán al Departamento Nacional de Seguros de Obrero Nacional. 5. Remite el informe a Dirección Nacional Administrativa Financiera, vía Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal, para su procesamiento correspondiente en Afiliaciones de Oficina Nacional por conducto regular.	1 hora 1 hora 1 hora 3 días	documentos de baja definitiva FORM AFIL-02 FORM AFIL-02 FORM AFIL-02 y documentos de baja definitiva Informe, documentos FORM AFIL-02
4	Dirección Nacional Administrativa Financiera	1. Recibe los documentos. Remite el FORM AFIL-02 a Afiliaciones de Oficina NACIONAL.	3 días	Informe, documentos FORM AFIL-02
5	Afiliaciones de Oficina Nacional	1. Recibe y verifica el registro de la Baja Definitiva de la Empresa o Institución en el Sistema Nacional de Afiliaciones. 2. Deriva una copia de la documentación a la División Nacional de Control de Empresas. 3. Remite con nota la documentación a Archivo de Gestión dependiente del Departamento Nacional de Seguros para incorporación al sobre patronal.	2 días 2 días 2 días	Informe, documentos FORM AFIL-02
6	Archivo de Gestión del Departamento Nacional de Seguros	1. Recibe y archiva el sobre del Empleador correspondiente.	1 día	Nota, documentación de baja definitiva FORM AFIL-02



Ministerio de Salud
República de Colombia

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE ECONOMÍA Y FINANZAS
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE CULTURA
SECRETARÍA DE DEPORTES
SECRETARÍA DE TURISMO
SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS
SECRETARÍA DE TRANSPORTES
SECRETARÍA DE ENERGÍA Y MINERÍA
SECRETARÍA DE AGRICULTURA Y RIEGO
SECRETARÍA DE INDUSTRIA Y COMERCIO
SECRETARÍA DE DEFENSA Y FUERZAS ARMADAS
SECRETARÍA DE INTERIORES
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y DEL INDIANO
SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE SALUD

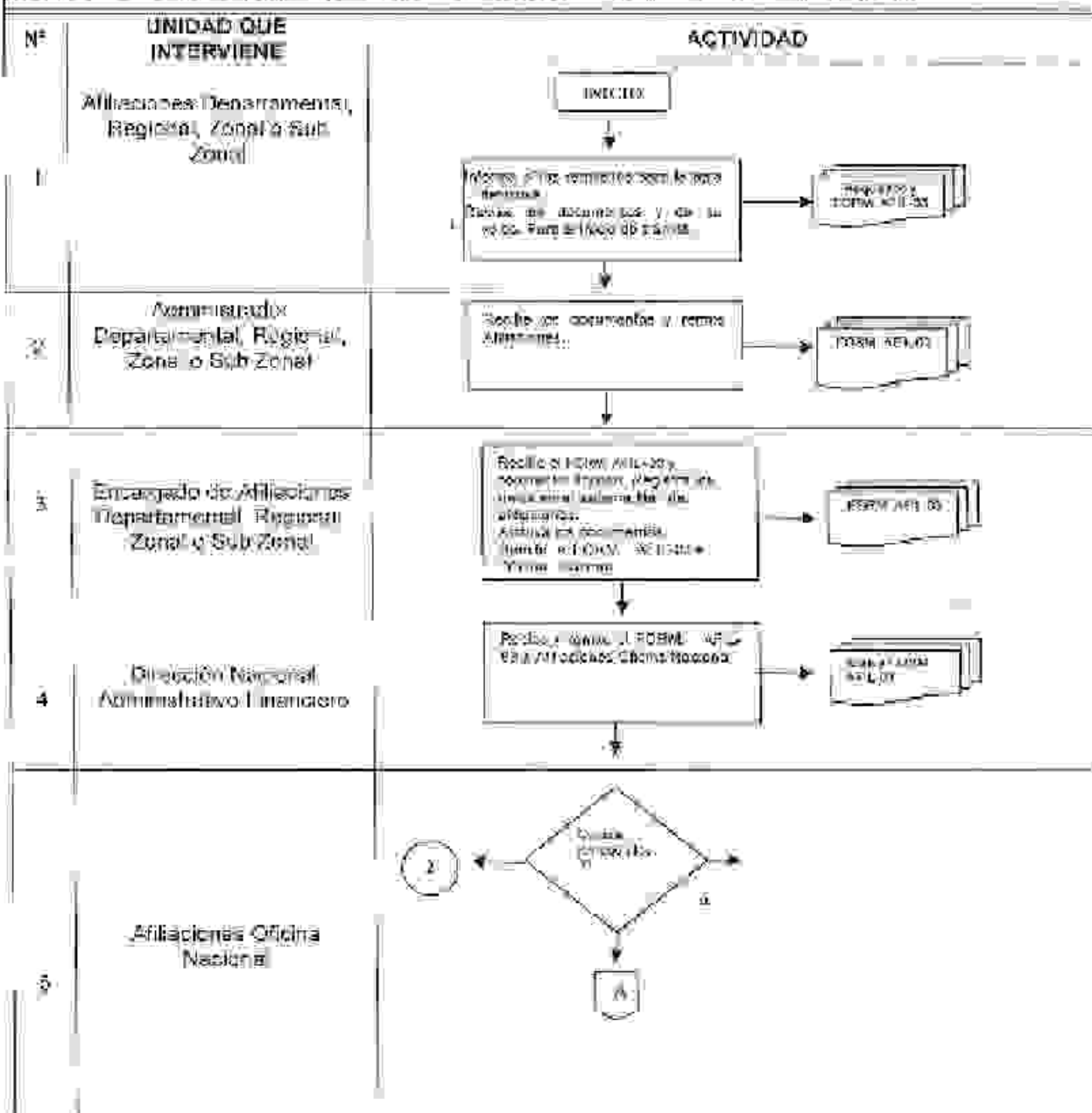
25 MAR 2014

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: BAJA DEFINITIVA DEL NUMERO DEL EMPLEADOR





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
1		A Recibir cartas de la gestión del Seguro Nacional de Salud (SUS) de la Unidad de Gestión de Salud (UGS) y los documentos correspondientes.
2	Archivo de Gestión de Departamento Nacional de Seguros	Organizar y archivar los documentos que corresponden a la gestión de la UGS. NOVA ARCHIVO
		Señalar
		FIN



CAJA PETROLERA DE SALUD

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: BAJA DEL NÚMERO DEL EMPLEADOR EXCEPCIONAL, EMITIDO O RESOLUCIÓN DEL INASES (Último Asegurado Vigente)

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados voluntarios, trabajadores, beneficiarios, afiliados y otros a través de procesos y procedimientos uniformes estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Director General Ejecutivo, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Cotto Páez y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1.	Encargado de Afiliaciones Departamental, Regional (Zona) o Sub Zonal	Cuando se registra en el Sistema de Afiliaciones el formulario Aviso de Baja del Asegurado FORM AFIL-05, del ÚLTIMO ASEGURADO VIGENTE de un trabajador asegurado excepcionalmente con resolución Administrativa emitida por el INASES. El Sistema de Afiliaciones le da el mensaje ÚLTIMO ASEGURADO VIGENTE por lo que el Responsable de Afiliaciones debe realizar el siguiente procedimiento de Baja Definitiva del Número del Empleador Excepcional y avisar al Registro de Empresas e Instituciones con cero trabajadores.		
		1. Registra en Sistema el Formulario Aviso de Baja del Asegurado FORM AFIL-05.	1 Hora	FORM AFIL-05
		2. En el Sistema de Afiliaciones, en la opción DATOS DE EMPRESA- FECHA DE RETIRO, registra la baja definitiva del Número Patronal que pertenece igual a la fecha de retiro del o los trabajadores.	2 Horas	FORM AFIL-05
		3. Elabora y remite informe de Baja Definitiva de Número Patronal Excepcional a la Dirección Nacional Administrativa Financiera, vía la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal para su procesamiento correspondiente por Afiliaciones de Oficina Nacional bajándolo.	3 días	FORM AFIL-05 Resolución INASES
		3.1. Fotocopia de la Resolución Administrativa de Continuidad de este gestor en la C.P.S., emitida por el INASES.		
		3.2. Fotocopia del Formulario Aviso de Baja		



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
2	Dirección Nacional Administrativa Financiera	1. Recibe y entrega a Afiliaciones de Oficina Nacional el informe y documentos de baja definitiva excepcional del número del Empleador por conducta regular del Asegurado FORM AFIL-03.	1 día	Informe, documentos FORM AFIL-03
3	Afiliaciones de Oficina Nacional	1. Recibe y verifica el registro de la Baja Definitiva de la Empresa o Institución en el Sistema Nacional de Afiliaciones. 2. Deriva una copia de la documentación a la División Nacional de Control de Empresas. 3. Remite con nota la documentación a Archivo de Gestión, para incorporación al sobre del Empleador.	2 días 2 días	Comunicación interna, informe, documentos FORM AFIL-03
4	Archivo de Gestión del Departamento Nacional de Seguros	1. Recibe y archiva el sobre del Empleador correspondiente	1 día	Comunicación interna, informe, documentos FORM AFIL-03



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad



"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: BAJA DEL NUMERO DEL EMPLEADOR EXCEPCIONAL, EMITIDO CON RESOLUCION DEL INASES (ULTIMO ASEGURADO VIGENTE)

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
1	Encargado de Afiliaciones Departamental, Regional Zonal o Sub Zonal	INICIO Programa en el Sistema de Afiliaciones al FICM/APL de cambio a Dec. de Centros Socioecon. FORMULARIOS y Bases
2	Dirección Nacional Administrativa Financiera	Recibir y emitir a Afiliaciones de Oficina Nacional FORMULARIOS y Bases
3	Afiliaciones Oficina Nacional	Recibir las verificaciones de bases de datos FORMULARIOS SI NO NOVA NOVA, So. Form. Socioeconómico
4	Archivo de Gestión del Departamento Nacional de Seguros	Recibir y emitir los documentos, certificados, actas de la comisión Seguros y Cotas Actas FIN



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

11.6 Baja Temporal o Definitiva de Ampliaciones del Número del Empleador (Succursales)

- Carta de solicitud de Baja Temporal o Definitiva y Certificación de NO Adeudos dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Formulario AFIL-03, Aviso de Novedades del Empleador.
- Certificado de NO Adeudos (ver formato en anexos) a la Caja Petrolera de Salud, emitido por Control de Seguros, Control de Empresas o autoridad competente.
- Devolución del Carnet del Empleado.
- Fotocopia del último aporte realizado a la ULPS.
- Informe de Inspección ocular a la Empresa para verificar si está en funcionamiento.

CAPÍTULO TERCERO

DEL TRABAJADOR

12. Afiliación laboral

Todos los Empleadores están obligados a inscribir a sus trabajadores en la Caja Petrolera de Salud en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de iniciación de la relación laboral, incluyendo el período de prueba, utilizando el Formulario "AVISO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR", de acuerdo a lo establecido en el Artículo 6 del D.L. 13214 concordante con el Artículo 417 del E.C.S.S.

12.1 Certificado de Salud e Ingreso o Examen Pre Ocupacional

Toda Empresa sujeta al campo de aplicación del Código de Seguridad Social, tiene la obligación a tiempo de contratar a sus trabajadores, de constatar su estado de salud mediante los exámenes médicos, radiográficos y de laboratorio, que se transcribirán en el respectivo "Certificado de Salud e Ingreso" Artículo 117 E.C.S.S.

El costo de examen médico pre ocupacional así como las pruebas están fijadas en el Artículo 7 del Reglamento Interno de Examen Pre y Post Ocupacional de la C.P.S., importe que será cubierto por cuenta del Empleador, artículo 12 inc. III del Reglamento Único de Afiliación y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Centro Plaza del (NASES).

El examen médico pre ocupacional determina el estado de salud del o la trabajador(a), el momento de ingreso a su fuente laboral, sirve para identificar a futuro con exactitud las consecuencias de la disminución de la capacidad de trabajo, así como se conforma con las provocadas por riesgos profesionales (enfermedad profesional o accidente de trabajo) en consecuencia, de ninguna manera este examen, sirve o respalda la exclusión de la cobertura a enfermedades comunes, crónicas, congénitas u otras por existentes.

Si la Caja Petrolera de Salud no cuenta con presencia en el lugar de adscripción del trabajador, se realizará este examen por otro Ente Gestor de Centro Plaza del Sistema con presencia en ese lugar, o en caso de ausentando los mismos, realizará otra institución de salud acreditada, para el efecto con presencia en el lugar del más cercano, Artículo 12 inc. A.2. Reglamento Único de Afiliación y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Corta Plazo del INASES

12.2 Vigencia del Examen Pre Ocupacional

El examen pre ocupacional tendrá vigencia hasta la culminación de la relación laboral. Si luego de un determinado periodo el trabajador es contratado nuevamente por la misma Empresa o institución al examen pre ocupacional anterior, tendrá vigencia hasta un máximo de seis (6) meses después de la reasignación laboral. Pasado este tiempo el trabajador deberá nuevamente realizar el examen pre ocupacional. En caso de que el trabajador sea contratado por una Empresa diferente y esté afiliado a la C.P.S., deberá obligatoriamente realizar el examen médico pre ocupacional. Artículo 11 Reglamento Interno de Examen Pre y Post Ocupacional de la C.P.S.

12.3 Examen Médico de Salud Post Ocupacional

Además del Certificado de Salud de Ingreso a que se refiere el Artículo 117 del Reglamento de Código de Seguridad Social, el Empleador está en la obligación de hacer constatar el estado de salud del trabajador que se retire, debiendo enviar dos ejemplares de dicha certificación a la Caja Pension de Salud.

La C.P.S. deberá realizar el examen Post Ocupacional al trabajador que se resista a someterse al examen de salud posterior no se le reconocerán las prestaciones, si después de efectuado su tallo se declara una enfermedad profesional. Artículo 124 del R.C.S.S. y el Reglamento Interno de Examen Pre y Post Ocupacional.

12.4 Aviso de Afiliación del Trabajador Formulario AFIL-04

Conforme al Artículo 8 del D.L. 1324 concordante con el Artículo 417 del R.C.S.S., y modificado el Artículo 419 del R.C.S.S., la Empresa tiene la obligación de inscribir a sus trabajadores en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de iniciación de la relación laboral, incluyendo el periodo de prueba, para este fin, se utilizará el Formulario AFIL-04 "AVISO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR" (en página web institucional, denominado también Parte de Ingreso un original y dos copias) documento que se presentará directamente a Afiliaciones en cada Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal, debidamente llenado y firmado conforme los siguientes datos:

- Nombre de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Nombre de la Empresa o institución.
- Número del Empleado.
- Centro de Trabajo (Departamento, Provincia o Localidad).
- Datos del trabajador: nombres, apellido paterno y apellido materno.
- Fecha de nacimiento (día, mes, año).
- Lugar de Nacimiento (Departamento, Provincia o Localidad).
- Sexo.
- Domicilio.
- Fecha de Ingreso a la Empresa (día, mes, año).
- Ocupación y Cargo.
- Haber mensual (total pagado).
- Observaciones.
- Lugar y fecha de emisión.



Manual de Prácticas y Procedimientos de Seguros

El trabajador responsable de afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal, previa revisión de los datos registrados en el formulario ingresará a la base de datos del Sistema de Afiliaciones.

13. Viabilidad de Documentos

La afiliación del trabajador y sus beneficiarios son requisitos indispensables para adquirir derecho a las prestaciones de la Seguridad Social a Corto Plazo, para este efecto debe presentar los siguientes documentos:

13.1 Requisitos para la Afiliación del Trabajador

- a) Certificado de Nacimiento Original del Estado Internacional de Bolivia. Para extranjeros: Certificado de Nacimiento original o copia legalizada por el Embajador, pasaporte legalizado por Migración.
- b) 3 fotografías tamaño 2,5 cm. x 2,5 cm., fondo rojo, una vez iniciada la implementación del proyecto de cancelación, Afiliaciones tomará la fotografía digital.
- c) Fotocopia de Cédula de Identidad o (RIN, RUN, Libreta de Servicio Militar) para extranjeros: fotocopia de Carnet de Extranjero o D.N.I.



seguro y protección de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Costarricense de Seguro Social de empresas, instituciones, entidades y asegurados voluntarios, trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE

NIVEL NACIONAL, ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Director General, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa-Financiera, Departamento Nacional de Seguros Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Costa Rica y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe y revisa los datos consignados en el Formulario "Aviso de Afiliación del Trabajador" AFIL-04. En caso de existir observaciones en alguno de los datos, se devuelve el formulario a la Empresa para su corrección y reposición. 2. Se da y devuelve dos copias a la Empresa o Institución (primera copia para el trabajador y segunda copia para la Empresa o Institución). 3. Con el original del Formulario Aviso de Afiliación del Trabajador AFIL-04, anota el respectivo "Código del Trabajador" para su archivo y custodia, clasificado en orden alfabético por Empresas, según el orden alfabético por trabajador.	1 Hora 2 días	FORM AFIL-04 FORM AFIL-04 y sobre o folios anexos
		4. Registra en el Sistema de Afiliados los datos consignados en el Formulario Aviso de Afiliación del Trabajador AFIL-04 de la siguiente manera: 5. Manteniendo informado al Trabajador de Afiliaciones asigna el número de matrícula, brindando un copia los siguientes aspectos:	1 Hora	FORM AFIL-04



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS																																							
		La matrícula identifica los datos personales del asegurado(s), consistente en una clave compuesta de cinco dígitos, ocho números y tres letras: ✓ Los cuatro primeros números corresponden al año de nacimiento. ✓ Los otros dos siguientes al mes de nacimiento. ✓ Los últimos dos números al día de nacimiento. ✓ La primera letra del apellido paterno. ✓ La primera letra del apellido materno. ✓ Finalmente la primera letra del primer nombre. Para diferenciar el sexo de la persona, la clave está en el mes de nacimiento, como sigue: <table border="1"> <thead> <tr> <th>MESES</th> <th>VARONES</th> <th>MUJERES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Enero</td><td>01</td><td>01</td></tr> <tr><td>Febrero</td><td>02</td><td>02</td></tr> <tr><td>Marzo</td><td>03</td><td>03</td></tr> <tr><td>Abril</td><td>04</td><td>04</td></tr> <tr><td>Mayo</td><td>05</td><td>05</td></tr> <tr><td>Junio</td><td>06</td><td>06</td></tr> <tr><td>Julio</td><td>07</td><td>07</td></tr> <tr><td>Agosto</td><td>08</td><td>08</td></tr> <tr><td>Septiembre</td><td>09</td><td>09</td></tr> <tr><td>Octubre</td><td>10</td><td>10</td></tr> <tr><td>Noviembre</td><td>11</td><td>11</td></tr> <tr><td>Diciembre</td><td>12</td><td>12</td></tr> </tbody> </table> Ejemplo: Nombres y Apellidos: RICARDO PEDRO NOGALES ANTELIO. Fecha de nacimiento: 5 DE MARZO DE 1990. Matrícula: 1990-0305-NAR. Dónde: 1990 = AÑO DE NACIMIENTO 03 = MES DE NACIMIENTO 05 = DIA DE NACIMIENTO N = 1ra. LETRA APELLIDO PATERNO A = 1ra. LETRA APELLIDO MATERNO R = 1ra. LETRA DEL PRIMER NOMBRE Ejemplo: Nombres y Apellidos: RITA FRANCO LÓPEZ. Fecha de nacimiento: 5 DE MARZO DE 1990. Matrícula: 1990-0305-FLR.	MESES	VARONES	MUJERES	Enero	01	01	Febrero	02	02	Marzo	03	03	Abril	04	04	Mayo	05	05	Junio	06	06	Julio	07	07	Agosto	08	08	Septiembre	09	09	Octubre	10	10	Noviembre	11	11	Diciembre	12	12		
MESES	VARONES	MUJERES																																									
Enero	01	01																																									
Febrero	02	02																																									
Marzo	03	03																																									
Abril	04	04																																									
Mayo	05	05																																									
Junio	06	06																																									
Julio	07	07																																									
Agosto	08	08																																									
Septiembre	09	09																																									
Octubre	10	10																																									
Noviembre	11	11																																									
Diciembre	12	12																																									



2013 subsecuente de 2012

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



2013 subsecuente de 2012

2013 subsecuente de 2012

26 MAR 2014

APR 2014

DOCUMENTO

12 - 2014

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		Dónde: 1989 = AÑO DE NACIMIENTO 08 = MES DE NACIMIENTO 05 = DÍA DE NACIMIENTO F = 1ra LETRA APELLIDO PATERNO L = 1ra LETRA APELLIDO MATERNO R = 1ra LETRA DEL PRIMER NOMBRE En las matrículas con códigos idénticos deberá agregarse a la matrícula un dígito adicional en número 1 Ejemplo 1: Nombres y Apellidos ANDRÉS JUAN FLORES SANTIAGUEZ Fecha de nacimiento: 8 DE AGOSTO DE 1989 Matrícula: 1989-0805 - FSA Dónde: 1989 = AÑO DE NACIMIENTO 08 = MES DE NACIMIENTO 05 = DÍA DE NACIMIENTO F = 1ra LETRA APELLIDO PATERNO S = 1ra LETRA APELLIDO MATERNO A = 1ra LETRA DEL PRIMER NOMBRE Ejemplo 2: Nombres y Apellidos ÁNGEL JUDY FIORILLO SANTOS Fecha de nacimiento: 5 DE AGOSTO DE 1989 Matrícula: 1989-0805-FSA1 Dónde: 1989 = AÑO DE NACIMIENTO 08 = MES DE NACIMIENTO 05 = DÍA DE NACIMIENTO F = 1ra LETRA APELLIDO PATERNO S = 1ra LETRA APELLIDO MATERNO A = 1ra LETRA DEL PRIMER NOMBRE 1 = DÍGITO DE DIFERENCIACIÓN Cuando la persona tiene un solo apellido debe incluirse en la matrícula las dos primeras letras del único apellido. Ejemplo 3: Nombres y Apellidos MARIO JOSÉ LARREA Fecha de nacimiento: 7 DE DICIEMBRE		



Caja Costarricense de Seguro Social

FECHA EMISIÓN:	
FECHA RECIBO:	
FECHA:	
FECHA:	

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº.	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		DE 1988 Matrícula: 1988-1207-TEM Dónde: 1988 = AÑO DE NACIMIENTO 12 = MES DE NACIMIENTO 07 = DÍA DE NACIMIENTO TE = Tel. y Zon. LETRA DEL ÚNICO APELLIDO A = 1ra. LETRA DEL PRIMER NOMBRE b) Apellido paterno del trabajador(a) c) Apellido materno del trabajador(a) d) Nombres del trabajador(a) e) Número del Empleador f) Fecha de ingreso del trabajador(a) a la Empresa o Institución g) Movimiento de alta (fecha de presentación del formulario) Nota: Cuando el trabajador(a) tenga un solo apellido, para registrar los datos en el sistema se debe dejar en blanco la casilla del apellido (existente).		
2	Sección Caja de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. El Empleador, con una fotocopia del formulario AFIL-04, cambia la holera de depósito bancario (importes correspondientes a Exámenes Preocupacionales) por una factura donde deberá detallar los nombres de los trabajadores. 2. Registra en el sistema de caja.	1 Hora	FORM AFIL-04 y Factura.
3	Medicina del Trabajo o TRABAJADOR asignado	1. El trabajador se presenta a Medicina del Trabajo o TRABAJADOR asignado, con copia del AFIL-04 y una fotocopia de la factura emitida por Caja, programa fecha y hora para la toma de muestras de laboratorio y placa de Rayos X de tórax PA. 2. Una vez recibida los exámenes médicos el trabajador se realiza la evaluación médica Preocupacional. 3. Remite al Encargado de Atenciones o exámenes médicos Preocupacional, para su archivo en el sobre laboral del trabajador.	1 Hora 3 días 2 días	FORM AFIL-04 y Factura Resultados Lab y Rayos X Certificado médico, Resultados de Lab. y Rayos X
4	Afilaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe y archiva un ejemplar del examen médico Preocupacional en el sobre laboral del trabajador.	1 día	Examen médico Preocupacional
5	Afilaciones de la	1. Brinda información a los/as trabajadores sobre los recursos y forma de atención asistiendo para	1 Hora	Resultados



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



MINISTERIO DE SALUD
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014



APROBADO
DOCUMENTO OFICIAL

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
	Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	comprobar la disponibilidad de los reguladores en la página web institucional (www.cps.org.co) 2. Recibe y revisa los documentos de acuerdo a listado de requisitos En caso de existir observaciones se procede a la devolución para su regularización 3. Completa el registro de datos del asegurado en el sistema. a. Número de documento de identidad b. Asigna número de historia clínica, por la administración que corresponda c. Fecha de emisión del Carnet de Asegurado (asignado por el sistema). 4. Registra los datos del asegurado en el sistema de afiliaciones e imprime la Hoja de Afiliación e Identificación - AFIL-09 y el Carnet de Asegurado - FORM-06, en el que se consigna los siguientes datos: a. Fotografía tamaño 2.5 cm X 2.6 cm. con fondo rojo a la vez el Responsable de Afiliaciones tomará la fotografía digital b. Número de matrícula c. Nombre completo del asegurado d. Clasificación de asegurado (a) e. Nombre de la Empresa o institución f. Distrito g. Número de historia clínica (en las Administraciones Departamentales, Regionales, Zonales o Sub Zonales que corresponda) h. Número de documento de identidad del asegurado i. Lugar y fecha de emisión del Carnet de Asegurado j. El pto del Carnet del Asegurado debe registrar los iniciales del operador que elaboró el documento. Nota: A partir de la emisión del Carnet de asegurado (acto de carnetización), se habilita el derecho para la afiliación de beneficiarios.	1 hora 1 hora 3 horas	Documentos para la afiliación Documentos para la afiliación Documentos para la afiliación
6	Encargado de Afiliaciones de la Administración	1. Revisa, firma y sella el Carnet de Asegurado. (De acuerdo a demanda, en el Eje troncal se derivará las funciones a o los trabajadores	1 hora	Carnet de Asegurado



caja costarricense de seguro social

PERSONA EMISORA
UNIDAD DE TRABAJO
FECHA
OTRO
Asig. 10.000.000

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
	Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal Atenciones	auxiliares que sean necesarios)		
7	Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal	7.1 Entrega el Carnet de Asegurado al trabajador	1 Hora	Carnet de Asegurado



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

25 MAR 2014

25 MAR 2014

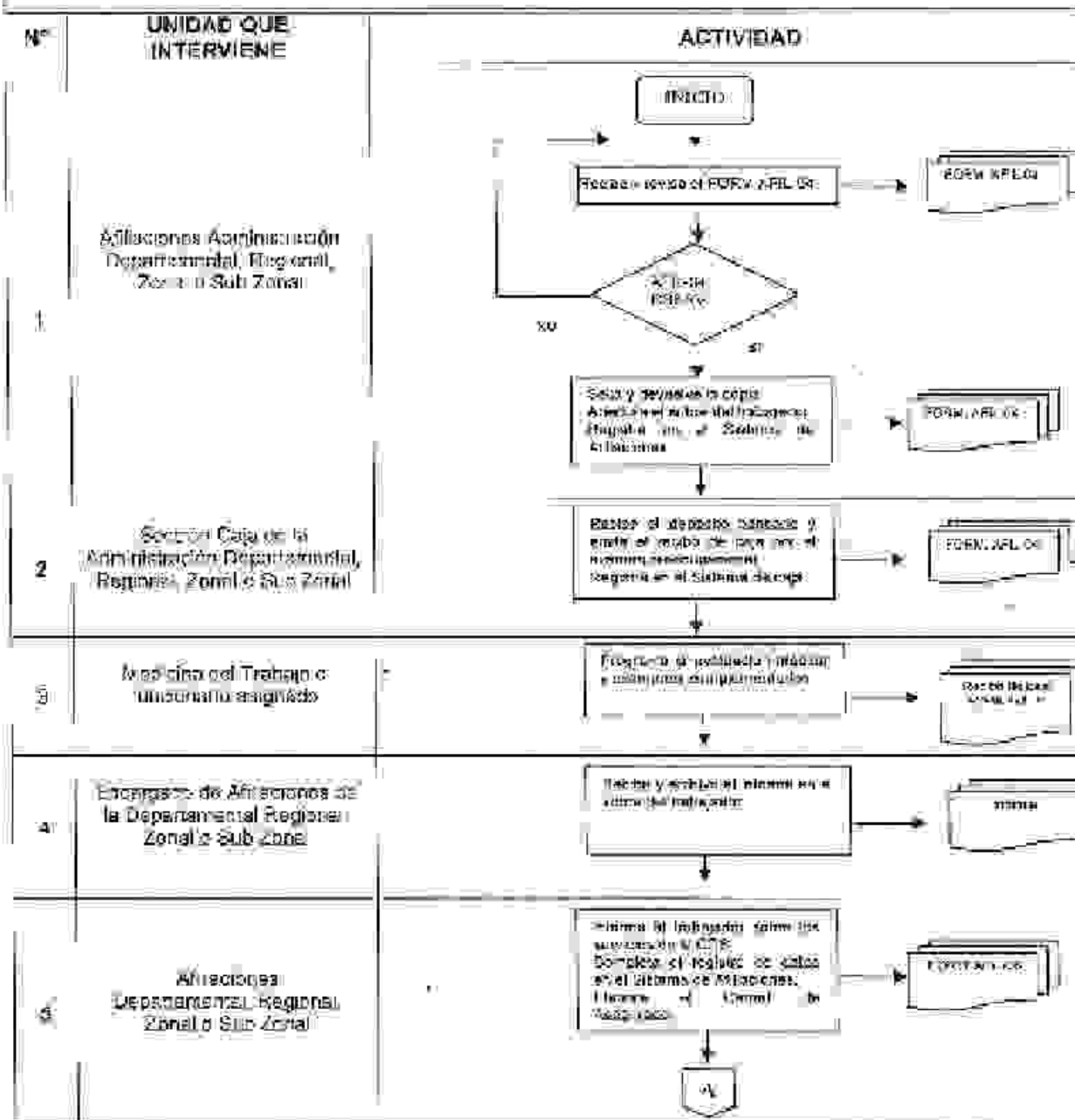


"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR



N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
6	Encargado de Afiliaciones Administración Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal	<pre> graph TD A[Recibir información de la UDA y de la UDA de Control de Registros] --> B[QDA-201-02] </pre>
7	Afiliaciones Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal	<pre> graph TD B[Emisión de Carta de Afiliación (SAF) N° 001-001-001] --> C[QDA-201-02] C --> D[FIN] </pre>



Caja Costarricense de Seguro Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



13.2 Aviso de Baja del Asegurado Formulario AFIL-05

Cuando concluya la relación laboral entre el asegurado y su Empleador, este obligatoriamente en el término máximo de cinco (5) días hábiles, debe comunicar al hecho a la Caja Patrotera de Salud, utilizando el Formulario AFIL-05 "AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO", de acuerdo al DUL 13214.

Si el Empleador no cumple con la presentación de este aviso, será sancionado conforme a lo establecido en el Artículo 2, Numeral III del D.S. 25714.

El Formulario AFIL-05 "AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO" (original y dos copias), se presentará en Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal, debidamente llenado y firmado conforme los siguientes datos:

- Nombre de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Nombre de la Empresa o Institución.
- Número del Empleador.
- Lugar de Actividad Laboral (Departamento, Provincia o Localidad).
- Datos del trabajador: nombres, apellido paterno, apellido materno o (apellido del esposo).
- Fecha de nacimiento (día, mes, año).
- Lugar de Nacimiento (Departamento, Provincia o Localidad).
- Sexo.
- Demuello.
- Fecha de Ingreso a la Empresa (día, mes, año).
- Ocupación o Cargo.
- Fecha de Retiro del Trabajador.
- Último haber mensual.
- Motivo de la baja o retiro.
- Observaciones.
- Lugar y fecha de emisión.

El Trabajador Responsable de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal, previa revisión de los datos registrados en el formulario AFIL-05 "AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO", ingresará los datos consignados en el formulario, a la base de datos del Sistema de Afiliaciones.

La Caja Patrotera de Salud como prueba de la Baja del Asegurado, entregará a la Empresa una copia sellada del formulario AFIL-05 "AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO".

13.2.1 Formas de Presentación del Aviso de Baja del Asegurado AFIL-05.

El Formulario AFIL-05 Aviso de Baja de Asegurado, por la forma de presentación a la C.P.S., se clasifica en tres categorías:

- Presentado Dentro del Plazo Establecido:**
El Formulario AFIL-05 Aviso de Baja de Asegurado, debe ser presentado dentro los cinco (5) días hábiles posteriores al retiro del trabajador (no requiere trámite adicional).
- Presentado Fuera del Plazo Establecido:**
El incumplimiento o retraso de la presentación del AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR, será sancionado de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2, parágrafo III del D.S. 25714, que establece una multa del 1% mensual de la



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

colación correspondiente a la última planilla presentada donde figuraba el o los trabajadores retirados.

- d) **Presentado con denuncia al Ministerio de Trabajo por Ausencia Injustificada de más de seis días continuos (D.S. 1592, de 19 de abril de 1949).**

El Empleador deberá presentar el Formulario Aviso de Bajas del Asegurado, a la C.P.S., (acompañando la denuncia al Ministerio de Trabajo por Ausencia Injustificada de más de seis días continuos) el séptimo día hábil contabilizado a partir de la fecha de inasistencia del trabajador a su fuente laboral, en concordancia con el ítem II del Artículo 16 de la Ley General del Trabajo, D.S. 1592, de 19 de abril de 1949.

- e) **Excepciones**

Cuando el trabajador(a) ausente temporariamente ya sea por licencias, comisiones, licencias sin goce de haberes u otros deordinamente justificados, el Empleador deberá presentar el FORM. AFIL-05 AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO con la justificación correspondiente en la casilla de OBSERVACIONES.

A la reincorporación del trabajador el Empleador deberá presentar el Formulario AFIL-04 AVISO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR, sin que esto conlleve un nuevo examen médico pre-ocupacional, adjunto fotocopia del Formulario AFIL-06 AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO con sello de recepción de Afiliaciones de la Caja Petrolera de Salud.

- f) **Baja solicitada por el trabajador por incumplimiento del Empleador**

Cuando el Empleador no cumpla con su obligación de presentar el Formulario AFIL-05 AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO a la Caja Petrolera de Salud, el trabajador retirado podrá solicitar la baja correspondiente en el Sistema de Afiliaciones, en aplicación a Informe DE-01-0018-09 de fecha 08 de abril de 2009, emitido por el Instituto Nacional de Seguros de Salud – (INASES) presentando los siguientes requisitos:

- Carta de solicitud de baja de asegurado, dirigido al Administrador Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal, indicando la fuerza de trabajo de la Empresa y el motivo de la solicitud.
- Carnet de Asegurado.
- Fotocopia de Carnet de Identidad.
- Fotocopia de la Última Boleta de Pago de Salarios o Memorándum de Destitución u Finiquito o Carta de renuncia con sello de recepción de la Empresa o Institución.

El Responsable de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal, previa revisión de los documentos presentados, registrará la Baja del Asegurado en el Sistema de Afiliaciones y remitirá la documentación a la Unidad de Control de Seguros (Control de Empresas, Autoridad Competente o Colegiaciones (o éste último, cuando no exista Control de Seguros o Control de Empresas), para la Aplicación de Informe DE-01-0018-09, de fecha 08 de abril de 2009, emitido por el Instituto Nacional de Seguros de Salud – (INASES).



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



14. Afiliación Excepcional de Trabajadores con Resolución del INASES

Cuando un trabajador solicita la continuidad de Ente Gestor en la Caja Petrolera de Salud a través de Resolución Administrativa emitida por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), deberá presentar los siguientes requisitos:

- Resolución de continuidad de Ente Gestor en la Caja Petrolera de Salud emitida por el Instituto Nacional de Seguros de Salud -INASES.
- Certificado de Nacimiento Original (si corresponde).
- 3 fotografías tamaño 2.5 cm X 2.5 cm, fondo rojo, (una vez recibida la implementación de proyecto de canalización, Afiliaciones tomará la fotografía digital).
- Fotocopia de Cédula de Identidad, RIM, RUN, Libreta de Servicio Militar, para extranjeros fotocopia de carnet de extranjero, pasaporte o D.N.I.

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"				
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES				
NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES				
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN EXCEPCIONAL DEL TRABAJADOR CON RESOLUCIÓN DEL INASES.				
OBJETIVO DEL PROCESO:				
Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros a través de procesos y procedimientos, uniformes y estandarizados a nivel nacional.				
ALCANCE:				
NIVEL NACIONAL AREA ADMINISTRATIVA				
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):				
Honorable Director, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.				
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):				
Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.				
N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe del INASES la Resolución de continuidad de Ente Gestor en la C.P.S. emitida por el Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES y remite al Encargado de Afiliaciones para continuar con el trámite.	2 días	Resolución del INASES
2	Encargado de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe la Resolución de continuidad de Ente Gestor en la C.P.S., emitida por el Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES.	1 Hora	Comunicación interna y Resolución del INASES
		2. Mediante nota, solicita al Empleador el llenado del Formulario AFIL-01 AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR.	2 días	Nota de solicitud
		3. Recibe y revisa el Formulario AFIL-01 AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR; en caso de existir alguna observación, se devuelve.	1 Hora	FORM AFIL-01



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		para su regularización:		
		4. Solicita a Oficina Nacional Vía Administrador Organizacional y Jefe de Asesoría Administrativa Financiera, que a través de Afiliaciones de Oficina Nacional, se otorgue el Número del Empleador Excepcional para el trabajador solicitante, adjuntando: a. Nota de solicitud. b. Fotocopia de la Resolución Administrativa emitida por el INASES. c. Formulario AFIL-01 AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR.	3 días	Solicitud, Comunicación Interna, Resolución del INASES y FORM AFIL-01
3.	Director General Ejecutivo y Director Nacional Administrativa Financiera	1. Recibir la Resolución de continuidad de Ente Gestor en la C.P.S. emitida por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) y documentación adjunta para posteriormente remitir a Afiliaciones de Oficina Nacional para continuar el trámite vía Jefatura del Departamento Nacional de Seguros.	2 días	Solicitud, Comunicación Interna, Resolución del INASES y FORM AFIL-01
		1. Recibe y revisa la Resolución de continuidad de Ente Gestor en la C.P.S., emitida por el INASES, notas de solicitud y Formulario AFIL-01 AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR.	1 hora	Comunicación Interna, Resolución del INASES y FORM AFIL-01
		2. Emite el Carnet del Empleador, estableciendo el mes de la primera cotización, de acuerdo a lo establecido en la Resolución emitida por el INASES, (Excepcional para el trabajador solicitante) con firma y sello del Responsable Nacional de Afiliaciones, jefe del Departamento Nacional de Seguros y Director General Ejecutivo en calidad de Representante Legal de la Institución (Urgencia 200-1-00%).	3 días	Comunicación Interna, Resolución del INASES y FORM AFIL-01
4.	Afiliaciones de Oficina Nacional	3. Remite con nota al Carnet del Empleador debidamente firmado y sellado y una copia del Formulario AFIL-01 AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR al Administrador Departamental Regional Zonal o Sub Zonal solicitante.	2 días	Nota de remisión, Resolución del INASES, FORM AFIL-01 y Carnet del Empleador
		4. Remite una copia de los documentos a la Oficina de Archivo de Gestión dependiente del Departamento Nacional de Seguros, para su custodia.	2 días	Nota de remisión, Comunicación Interna, Resolución del INASES y FORM AFIL-01
5.	Archivo de Gestión del Departamento	1. Recibe, archiva y custodia el sobre del Empleador en forma ordenada.	1 día	Sobre del Empleador



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

1478

25 MAR 2014

AFILIADO

ORIGINAL

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
	Nacional de Seguros			
6	Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe el Carnet del Empleador, Formulario AFIL-01 AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR, y entrega al Encargado de Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.	2 días	Nota de remisión FORM AFIL-01 y Carnet del Empleador
		1. Recibe los documentos remitidos por el Administrador	1 Hora	Comunicación interna nota de remisión FORM AFIL-01 y Carnet del Empleador
		2. Con los datos consignados en el Carnet del Empleador y el Formulario AFIL-01 AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR, registra los mismos en el Sistema de Afiliaciones, de acuerdo a:		
		a. Código Número del Empleador		
		b. Nombre o razón Social de la Empresa		
		c. Abreviatura o sigla si corresponde		
		d. Tipo de Empresa		
		e. Clasificación		
		f. Fecha de Ingreso: es el mes de la primera cotización		
		g. Lugar de Pago de Aportes		
		h. Dirección del domicilio legal o centro de trabajo de la Empresa		
		i. Teléfono de la Empresa		
		j. Nombre del Representante Legal		
		k. Número de Cédula de Identidad del Representante Legal de la Empresa		
		3. Entrega a la Empresa o institución una copia del Carnet del Empleador y una copia del Formulario AFIL-01 AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR.		Carnet del Empleador FORM AFIL-01 registro de correspondencia
		4. Entrega a Cotizaciones una copia del Carnet del Empleador y del FORM AFIL-01 AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR.	1 Hora	
		5. Archiva los documentos de la Empresa en el Libro del Empleador, para su custodia.	1 Hora	
		1. Recibe y revisa los datos consignados en el Formulario 'Aviso de afiliación del Trabajador' AFIL-04	1 Hora	FORM AFIL-04
		2. En caso de existir observaciones en alguno de los datos, se devuelve el formulario a la Empresa o institución para su corrección y reposición		
		3. Sella y devuelve dos copias a la Empresa o institución con una copia para el trabajador y	40 horas	FORM AFIL-04 y Libro del



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		segunda copia para la Empresa o Institución; 4. Con el original del Formulario Aviso de Afiliación del Trabajador AFIL-04, reserva el Sobre del Trabajador ingresante para su custodia en archivo, clasificado en orden alfabético por Empresas, segundo del orden alfabético por trabajador.		Trabajador
		6. Registra en el sistema de datos consignados en el Formulario Aviso de Afiliación del Trabajador AFIL-04	1 hora	FORM AFIL-04
9	Sección Caja de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. El Empleador, con una fotocopia del formulario AFIL-04, envía la boleta de depósito bancario, imprevistos correspondientes por Exámenes Preocupacionales, por una factura donde deba detallar los nombres de los trabajadores. 2. Registra en el Sistema de Caja	1 hora	Formulario AFIL-04 y factura
10	Medicina del Trabajo o TRABAJADOR asignado	1. El trabajador se acerca a Medicina del Trabajo o TRABAJADOR asignado, con copia del AFIL-04 y una fotocopia de la factura emitida por Caja, programa fecha y hora para la toma de muestras de laboratorio y placa de Rayos X de tórax PA. 2. Una vez recibidos los exámenes médicos el trabajador se realiza la evaluación médica Preocupacional. 3. Remite al Encargado de Afiliaciones el examen médico Preocupacional, para su archivo en el sobre laboral del trabajador	1 hora 3 días 2 días	Formulario AFIL-04, Factura Resultados de Lab. Rayos X
11	Afiliaciones Administrativa Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Proporciona los requisitos de afiliación al trabajador. 2. Recibe y revisa los documentos de acuerdo a listado de requisitos. Comprueba el registro de datos del asegurado en el sistema: a. Número de documento de identidad. b. Fecha de Certificación. c. Asignación de número de historia clínica. (En la administración que corresponde) 3. Registra los datos del asegurado en el CARNET DE ASEGURADO AFIL-07 en el que se consignó los siguientes datos: a. Fotografía tamaño 2cm x 3 cm, fondo	1 hora 1 hora 2 días	Requisitos Documentos para la afiliación Documentos de Afiliación



Ministerio de Salud



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		roja. A la vez, el Responsable de Afiliaciones tomará la fotografía digital b. Número de matrícula. c. Nombre completo del asegurado d. Clasificación de asegurado (a) e. Nombre de la Empresa o Institución f. Distrito g. Número de carnet único (en las Administraciones Departamentales, Regionales, Zonales o Sub Zonales que correspondan). h. Número de documento de identidad del asegurado. i. Lugar y fecha de emisión del Carnet de Asegurado. j. El pie del carnet debe registrar las iniciales del operador que elabora el Carnet de Asegurado. Nota: A partir de la emisión del Carnet de Asegurado (fecha de carnetización), se habilita el derecho para la afiliación de beneficiarios. 4. Remite el CARNET DE BENEFICIARIO al Encargado de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional o Sub Zonal.		
12	Encargado de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	i. Revisa firma y sella el Carnet de Asegurado (De acuerdo a demanda, en el Eje Troncal se derivará las funciones a los trabajadores auxiliares que sean necesarios)	1 Hora	Carnet Asegurado de
13	Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	i. Entrega el Carnet de Asegurado al Trabajador	1 Hora	Carnet Asegurado de



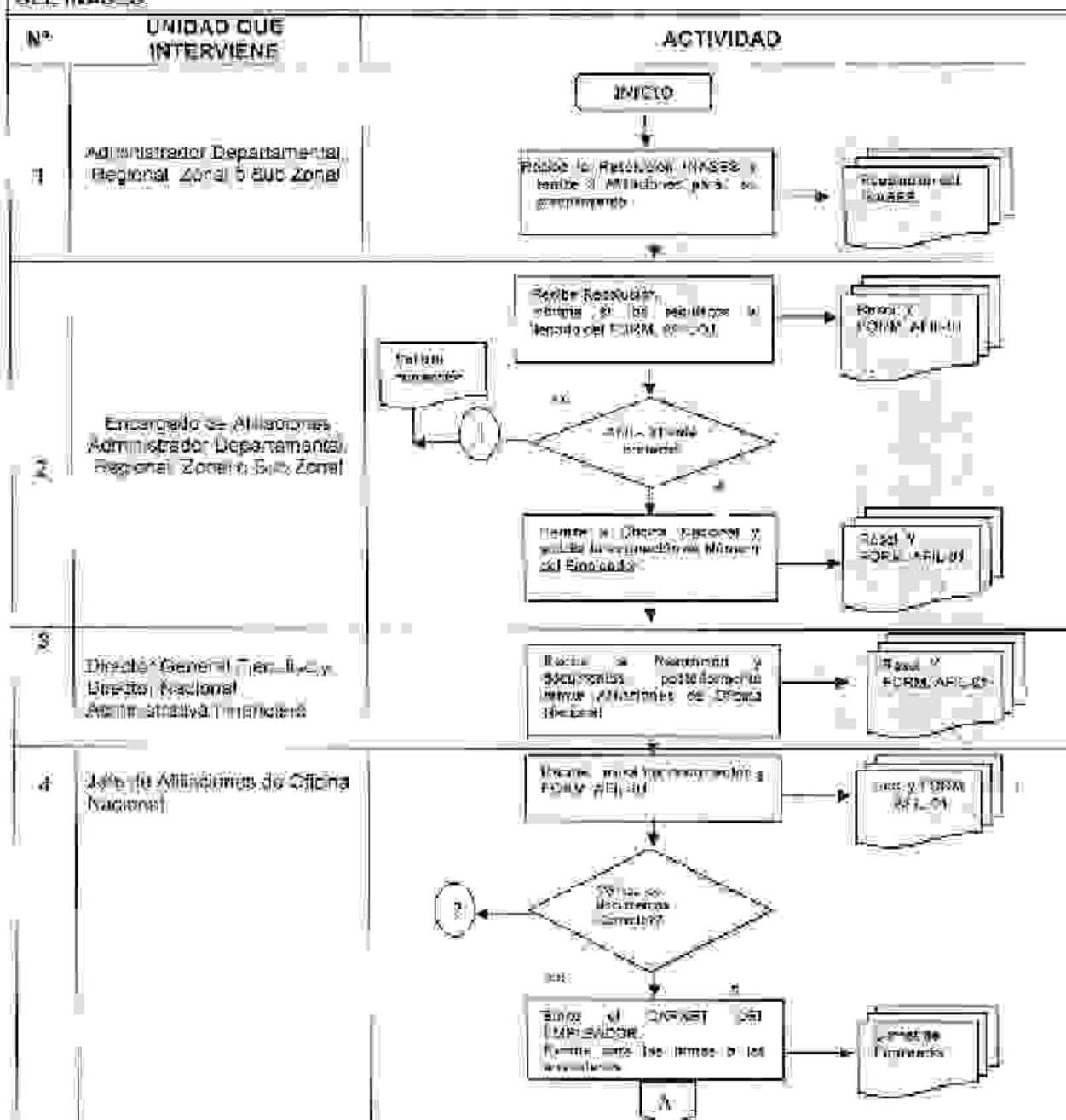
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN EXCEPCIONAL DEL TRABAJADOR CON RESOLUCIÓN DEL INASES

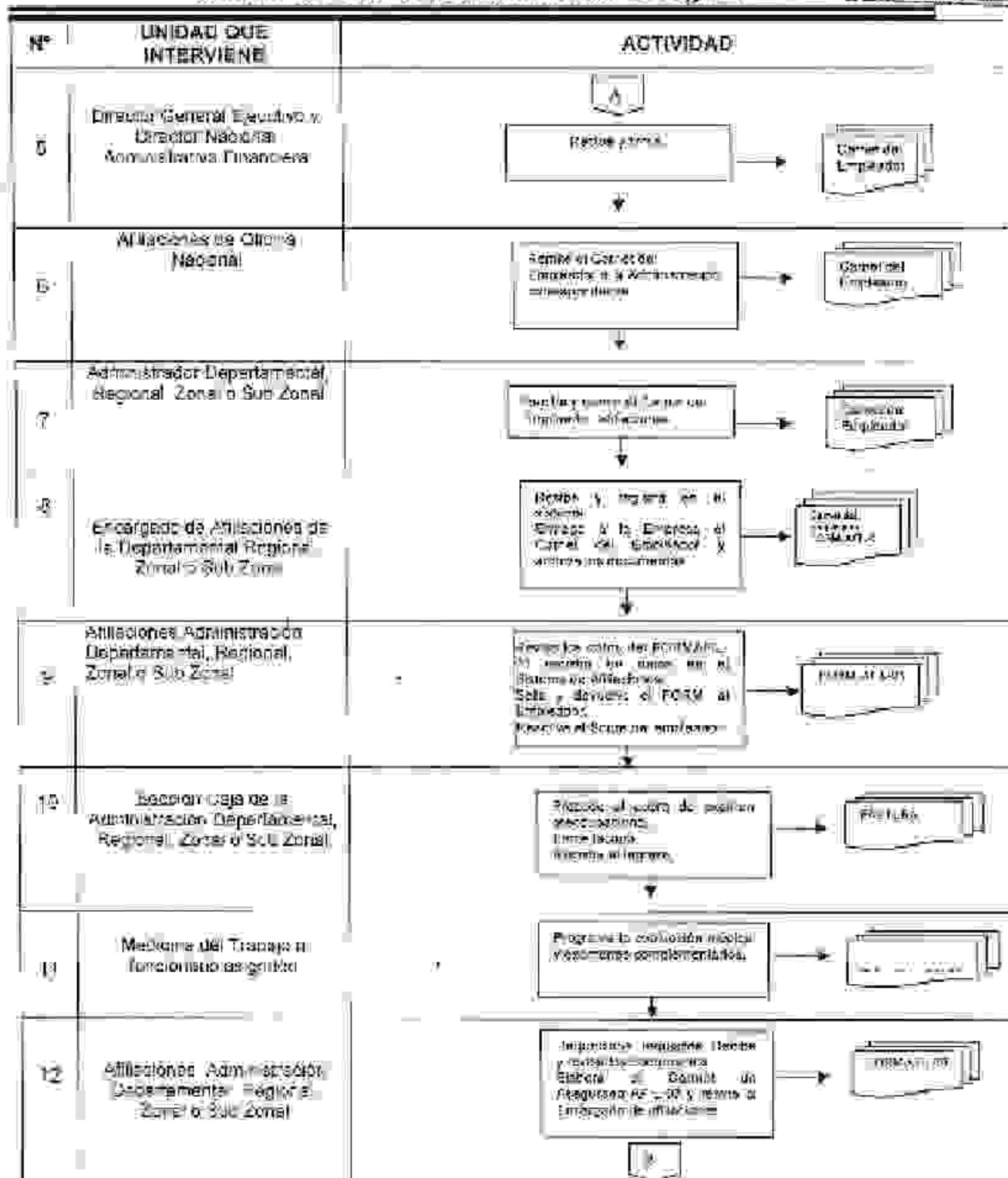




caja petate de casa

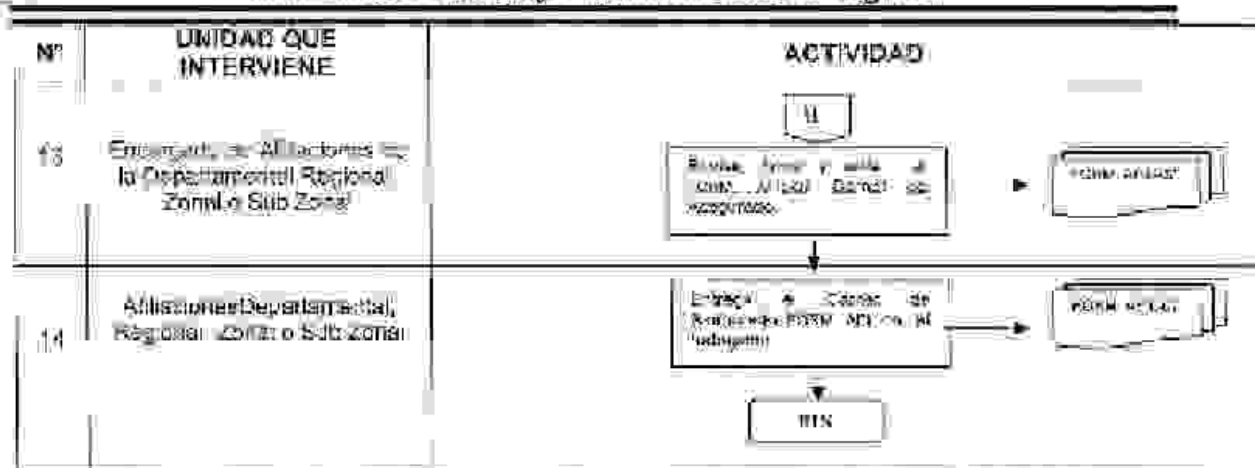
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MONTECITO DIRECTOR
25 MAR 2014
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





Ministerio de Salud Pública

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad



15. Transferencia de Trabajadores

Todo Empleador sujeta al campo de aplicación del Código de Seguridad Social, deberá comunicar a la Caja Nacional de Salud, la transferencia de sus trabajadores de una Administración a otra, en el plazo máximo de cinco días hábiles, utilizando para ello el Formulario **PARTE DE TRANSFERENCIA DEL TRABAJADOR AFIL-06**, que consignará los siguientes datos:

- a) Nombre de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- b) Nombre de la Empresa o Institución.
- c) Número del Empleador.
- d) Centro de Trabajo (Departamento, Provincia o Localidad).
- e) Datos del trabajador: Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno.
- f) Fecha de nacimiento (día, mes, año).
- g) Lugar de Nacimiento: Localidad, Departamento.
- h) Número de Matrícula.
- i) Sexo.
- j) Conmatric.
- k) Centro de trabajo.
- l) Fecha y Lugar de ingreso a la Empresa (día, mes, año).
- m) Lugar a donde fue transferido el trabajador (Administración Departamental, Regional, Zonal, o Sub Zonal).
- n) Fecha de la transferencia.
- o) Número del Empleador del Lugar de destino.
- p) Observaciones.
- q) Lugar y fecha de emisión.



copie imprimada de control

FECHA DE EMISIÓN	
FECHA DE RECEPCIÓN	
FECHA DE VENCIMIENTO	

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSFERENCIA DE TRABAJADORES

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL. ÁREA ADMINISTRATIVA.

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Director, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros-Ínter y Responsables de Centros de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal de origen	1. Recibe y sella el Formulario Avance de Transferencia del Trabajador AFIL-07. 2. En el sistema de Afiliaciones, registra la transferencia del trabajador de acuerdo a: En Datos del Asegurado: a. Fecha de retiro del trabajador b. Fecha del Movimiento de baja En la opción Transferencia: a. Código (Asigna al Sistema) b. Matrícula del Asegurado c. Fecha de la transferencia (día, mes, año) d. Destino (De acuerdo a modificación en sistema registrar la Administración a la que es transferido el Trabajador) e. Motivo de la transferencia. 3. Mediante Nota Remite el Formulario de Transferencia y el Sobre Laboral del trabajador a la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal de destino. 4. La administración de origen de la C.P.B. envía a la administración de destino la Historia Clínica del o la asegurado (a) y sus beneficiarios o cónyuge del interesado. 5. Cuando se trate de un asegurado del sector pasivo una vez comprobado a través de la	1 hora 2 días 3 días 7 días	FORM AFIL-07 FORM AFIL-07 FORM AFIL-07, Sobre del Trabajador, Historia Clínica FORM AFIL-07, Sobre del Trabajador, Historia Clínica



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		papeleta de pago de renta o pensión que percibe, con la nueva administración de destino, se procesará de la misma forma a lo señalado para el sector activo, establecido en el punto 4.		
2	Afiliaciones de la Administración Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal de Destino.	1. Recibe el Informe del Trabajador con la Transfendencia correspondiente. 2. Registra los datos del Asegurado, de acuerdo a procedimiento de Afiliación del Trabajador	1 Hora 1 Hora	Nota de Remisión FORMAFI-07A Sobre del Trabajador Nota de Remisión FORMAFI-07B Sobre del Trabajador



Ministerio de Salud y Seguridad Social

FECHA ELABORACIÓN:	14/04/2011
VERSIÓN:	2.0.0.0
TÍTULO:	1.00.00.00

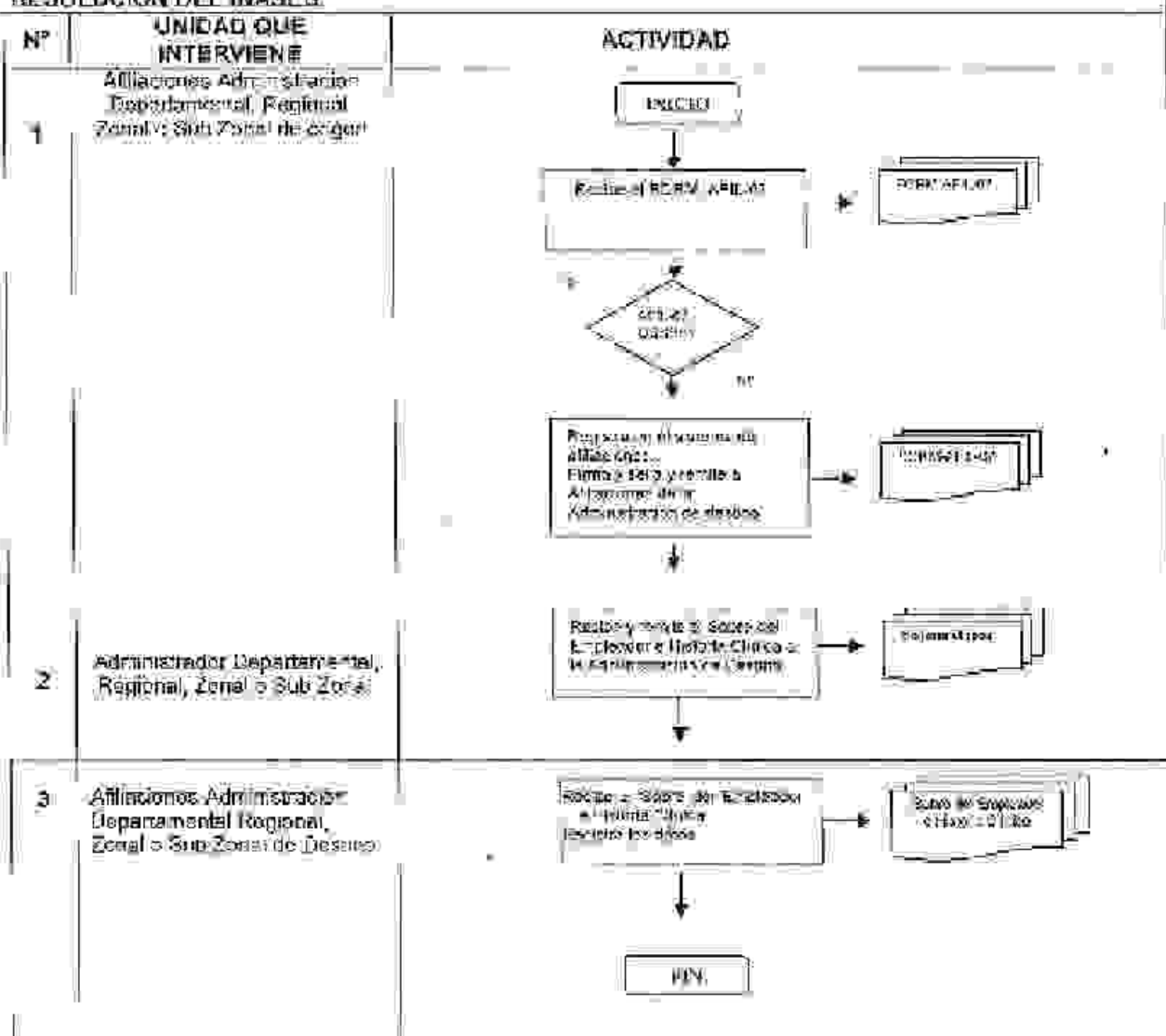
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN EXCEPCIONAL DEL TRABAJADOR CON RESOLUCIÓN DEL INASES.





Caja Costarricense de Seguro Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



16. Atención Médica Temporal en una Administración Distinta a la de Afiliación

En la medida en que no se haya concluido la implementación del Sistema Nacional de Vigilancia de Derechos con el control del aparcamiento individual en cumplimiento a Resolución del Honorable Director de la Caja Costarricense de Seguro Social N° 00772, de fecha 03 de abril de 2012, que recomienda se otorgue atención médica al asegurado de la institución cuando este se encuentre de tránsito en el interior del país, se destina el lugar donde efectúa su afiliación, la cual deberá otorgarse a la sola presentación del Carnet de Asegurado y cualquiera de las últimas Boléas de Pago, en concordancia a lo establecido en el Reglamento Único de Afiliaciones, Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, Reglamento de Prestaciones en Salud y Reglamento del Código de Seguridad Social.

Para la atención médica en el servicio de emergencias, los asegurados (titulares y beneficiarios) deberán presentar su Carnet de Asegurado y última boleta de pago, Cédula de Identidad o en caso de no contar con estos documentos firmar el compromiso de pago y proceder al pago o presentación de documentos de acreditación de asegurado hasta la emisión de su alta del hospital o centro de salud.

El costo de las prestaciones otorgadas a pacientes referidos, cuya atención requiera la utilización de la infraestructura y servicios médicos en el centro de salud al cual fueron referidos, o los servicios sean de compra a terceros en la misma ciudad, serán cubiertos por dicho centro de salud. Si de los resultados obtenidos, el paciente referido necesita la utilización de prótesis vital o funcional, estas serán cubiertas en sus costos por el centro de salud de origen. (R.D. N° 34-2005).

17. Carnet de Asegurado Formulario AFIL-07

La Caja Costarricense de Salud a través de Afiliaciones y de acuerdo a la copia del Formulario Aviso de Afiliación del Trabajador AFIL-04, el Certificado de Nacimiento y a "Certificado de Salud de ingreso (Exámenes médicos, radiográficos y de laboratorio), procesados a la validación y matriculación del asegurado y como prueba de su afiliación, entregará al asegurado el respectivo Formulario AFIL-07 "CARNET DE ASEGURADO", mismo que será remplazado por el carnet digital.

El Carnet de Asegurado AFIL-07, tendrá una vigencia de cinco (5) años a partir de la fecha de emisión, el cual debe ser renovado obligatoriamente.

18. Reposición del Carnet de Asegurado

La pérdida del Carnet de Asegurado, ya sea por sustracción, extravío, deterioro u otras causas, debe ser comunicada a la Caja Costarricense de Salud dentro los (dos) 2 días siguientes, para su reposición, previo pago del costo de material y orden administrativo.

19. De la Vigencia de Derechos

Se debe acreditar la Vigencia de Derechos del Seguro de Enfermedad en no menos de una cotización mensual, en los dos (2) meses inmediatamente anteriores al inicio de las prestaciones a otorgarse al trabajador o a uno de sus beneficiarios. (D.S. 2888).

La Vigencia de Derechos del Seguro de Maternidad, no necesita cotización al inicio de las prestaciones a otorgarse a la trabajadora, o la esposa o conviviente beneficiaria. (D.S. 2888).



Manual de Procedencia y Procedimientos de Seguros

20. Control de Vigencia de Derechos

Para comprobar el derecho a las prestaciones del Seguro de Enfermedad – Maternidad, deberá exhibirse la papelería de pago de salarios cancelados en cualquiera de los dos meses anteriores a la solicitud de la consulta, (Artículo 15 D.L. 13214) el sello de vigencia de derechos estará bajo la responsabilidad exclusiva de VIGENCIA DE DERECHOS, hasta la implementación del control individual de aportes a través del sistema integral de seguros.

21. Periodo de Cesantía para el Asegurado y sus Beneficiarios

Cuando el trabajador fuere dado de baja en el empleo conservará junto con sus beneficiarios el derecho a las prestaciones en especie durante los dos (2) meses siguientes a la fecha de la baja en el periodo de cesantía, Artículo 24 D.L. 13214.

Los beneficiarios acogidos al D.S. 1168 del 26 de agosto de 2009 tienen derecho a las prestaciones médicas durante dos meses más a la finalización de cada gestión académica, (semestral o anual) siempre y cuando actualicen su certificación de alumno regular.

22. Atención Obstétrica para la Asegurada o Beneficiaria en Baja

La asegurada en baja, la esposa o la conviviente del asegurado en baja, cuyo embarazo se inicie antes de la baja o en el transcurso del periodo de cesantía, tendrán derecho a la atención OBSTÉTRICA durante el embarazo, el parto y el puerperio, Artículo 25 D.L. 13214.

23. Formulario 101, de No Afiliación en Otros Entes Gestores

Este formulario será extendido al inicio de trámite de afiliación, con el objeto de constatar la no afiliación de las Empresas, y de los beneficiarios, en otros Entes Gestores. Para dar curso a la afiliación de Empresas, Instituciones y Beneficiarios, debe presentar el formulario debidamente llenado por todas las Entidades Gestoras de la Seguridad Social.

24. Asignaciones Familiares

En el marco del Reglamento de Asignaciones Familiares del IANES, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 18 de fecha 22 de noviembre de 2011, Es un régimen conformado por prestaciones en especie (mamotlactancia) y en dinero (maternalidad- apoyo), que son otorgados por los empleadores o sus beneficiarios, de acuerdo a disposiciones legales que regulan este beneficio en todo el territorio nacional.

24.1 Subsidio Pre-Natal

Consiste en la entrega a la madre gestante, asegurada o beneficiaria, una asignación mensual en productos alimenticios necesarios, no transgénicos con valor nutritivo de origen nacional acorde a las necesidades de la gestante, equivalente a un salario mínimo nacional. La duración del subsidio prenatal comienza a partir del primer día del quinto mes de embarazo y termina al nacimiento de la(s) niña(s) o niño(s).

Para la otorgación de los mamots los CCSS, entregan el Certificado de Atención Prenatal llenado y firmado por el Médico Gineco-Obstetra o Médico Tratante.

24.2 Subsidio de Lactancia

Consiste en la entrega mensual de productos alimenticios de alto valor nutritivo inocuos, no transgénicos de origen nacional, equivalente a un salario mínimo nacional por cada hijo(a) durante sus primeros doce meses de vida.



Caja Petrolera de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Para la obtención de los mismos la C.P.S. entregará el Certificado de Maternidad llenado y firmado por el Médico Gineco Obstetra o Médico Tratante.

24.3 Subsidio de Natalidad

Consiste en la otorgación a los beneficiarios(as) de una cancelación única en dinero, equivalente a un salario mínimo nacional por el nacimiento de cada hijo(a). Para recibir este beneficio el progenitor deberá presentar al Certificado de Nacimiento y al certificado de nacido vivo del recién nacido a la Caja Petrolera de Salud, que la dará derecho al subsidio de natalidad.

Para la otorgación de los mismos la C.P.S. entregará el Certificado de Nacimiento Vivo llenado y firmado por el Médico Gineco Obstetra o Médico Tratante.

24.4 Subsidio de Sepelio

Consiste en el pago a los beneficiarios(as) de un desembolso único en dinero, equivalente a un salario mínimo nacional, por el fallecimiento de cada hijo(a) menor de 19 años. Para recibir este beneficio, la trabajadora o el trabajador debe acreditar esta defunción con la entrega de una fotocopia del Certificado de Defunción al empleador.

24.5 Pago Retroactivo en Espacio y en Dinero (Compensación Retroactiva)

Las compensaciones retroactivas de las asignaciones familiares se efectuarán en los siguientes casos:

- 1) La compensación del subsidio en espacio y en dinero se realizará con carácter retroactivo a los meses correspondientes en caso que el empleador hubiese incumplido la otorgación de las asignaciones familiares de manera oportuna.
- 2) El retroactivo del subsidio en espacio es otorgado al primer mes de cada año de acuerdo al incremento del Salario Mínimo Nacional, Artículo 16 del Reglamento de Asignaciones Familiares aprobado mediante R.M. 1877 del 22 de noviembre de 2011 del Ministerio de Salud y Deportes.

24.6 De la Cuantía del Trabajador (a) Prescripción

En caso de que el trabajador, independiente si el derecho prescrito por voluntad propia, continuará recibiendo las asignaciones familiares durante los dos siguientes meses a la fecha de su renuncia. En caso de deserción del trabajador(a) debe acudir al Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social.

24.7 Muerte o Divorcio del Trabajador(a).

De comprobarse los siguientes extremos, como los casos que se señalan:

1. En caso de muerte del trabajador(a), las asignaciones familiares no se interrumpen y se otorga al progenitor o cónyuge superviviente o a la persona que acredite la tenencia de la niña(o), huérfano(a) hasta que éste cumpla un año de vida.
2. En caso de divorcio o separación de los padres o progenitores, la otorgación de las asignaciones familiares se realizará a la madre o a la persona que acredite la tutela de la niña(o) hasta que éste cumpla un año de vida.



CAPITULO CUARTO

DE LOS BENEFICIARIOS

25. Afiliación de Beneficiarios

Para la afiliación del beneficiario, se deberá seguir la presentación de los requisitos exigidos para el efecto.

La Caja Petrolera de Salud, a través de la Unidad de Afiliaciones, procederá a la verificación de los documentos presentados de no tener observaciones, dará lugar a la inserción de beneficiarios en el SISTEMA DE AFILIACIONES de acuerdo a los documentos constituidos, numerando especial cuidado en el registro de los datos personales registrados en los Certificados de Nacimiento y otros.

Una vez registrado el beneficiario y como prueba de su afiliación, la Caja Petrolera de Salud, otorgará el respectivo CARNET DE ASEGURADO FORM AFIL-07, el mismo que deberá ser presentado ante la institución para tener derecho a las prestaciones en salud.

26. Requisitos para Afiliación de Beneficiarios

26.1 Esposa(o):

- Certificado de Nacimiento Original más una fotocopia.
- Certificado de Matrimonio o Libro de Familia Original más una fotocopia.
- FORM-101 de NO afiliación en otros Entes Gestores, (recabar de Afiliaciones de la C.P.S. con sus documentos).
- 3 fotografías tamaño 2.5 cm x 2.5 cm, fondo rojo, (Una vez iniciada la implementación del proyecto se carnalización, Afiliaciones tomará la fotografía digital).

26.2 Hijos Menores de 19 Años:

- Certificado de Nacimiento Original más fotocopia.
- FORM-101 de NO afiliación en otros Entes Gestores, (recabar de Afiliaciones de la C.P.S. con sus documentos).
- 3 fotografías tamaño 2.5 cm x 2.5 cm, fondo rojo, (Una vez iniciada la implementación del proyecto se carnalización, Afiliaciones tomará la fotografía digital).



caja costarricense de seguro social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE ESPOSA E HIJOS MENORES DE 18 AÑOS

OBJETIVO DEL PROCESO

Gestionar la afiliación a la Caja Costarricense de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE

NIVEL NACIONAL, ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Director, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Jueces y Responsables de Control de Empresas, Afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe y revisa la documentación establecida en los requisitos de beneficiarios (Esposa e hijos menores de 18 años)	1 hora	Documentos para la afiliación
		2. Registra en el Sistema de Afiliaciones los datos de los beneficiarios a ser asegurados, en base al Certificado de Nacimiento: a. Número de Matricula b. Parentesco con el Asegurado c. Nombre completo del beneficiario (a) d. Fecha de Afiliación e. Tipo de Afiliación (N) Normal, (I) Invalidez	1 hora	Documentos para la afiliación
		3. Registra los datos del asegurado en el CARNET DE BENEFICIARIO, en el que se consigna los siguientes datos: a. 3 fotografías tamaño 2,5 cm. x 2,5 cm., fondo rojo. Una vez iniciada la implementación del proyecto se camerografía. Afiliaciones tomará la fotografía digital. b. Número de Matricula c. Nombre completo del beneficiario (a) con apellidos paterno y materno. d. Parentesco con el Titular del seguro. e. Nombre de la Empresa o Institución. f. Dúctos g. Nombre completo del titular del seguro. h. Matricula del titular del Seguro	2 días	Documentos para la afiliación

**Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros**

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
		l. Número de historia clínica (en las Administraciones Departamentales que correspondan). j. Cédula de identidad del titular del seguro k. Lugar y fecha de expedición del Carnet del Asegurado. 4. Remite el CARNET DE BENEFICIARIO, al Encargado de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional o Sub Zonal		
2	Encargado de afiliaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Revisa firma y sello el Carnet de Beneficiario (a) de acuerdo a demanda en el Eje troncal se derivará las funciones a o los trabajadores auxiliares que sean necesarios)	1 Hora	Carnet de Asegurado
3	Afiliaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Entrega el Carnet de Beneficiario al interesado	1 Hora	Carnet de Asegurado



petrolera de zulu

HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

APROBADO

DOCUMENTO ORIGINAL

100

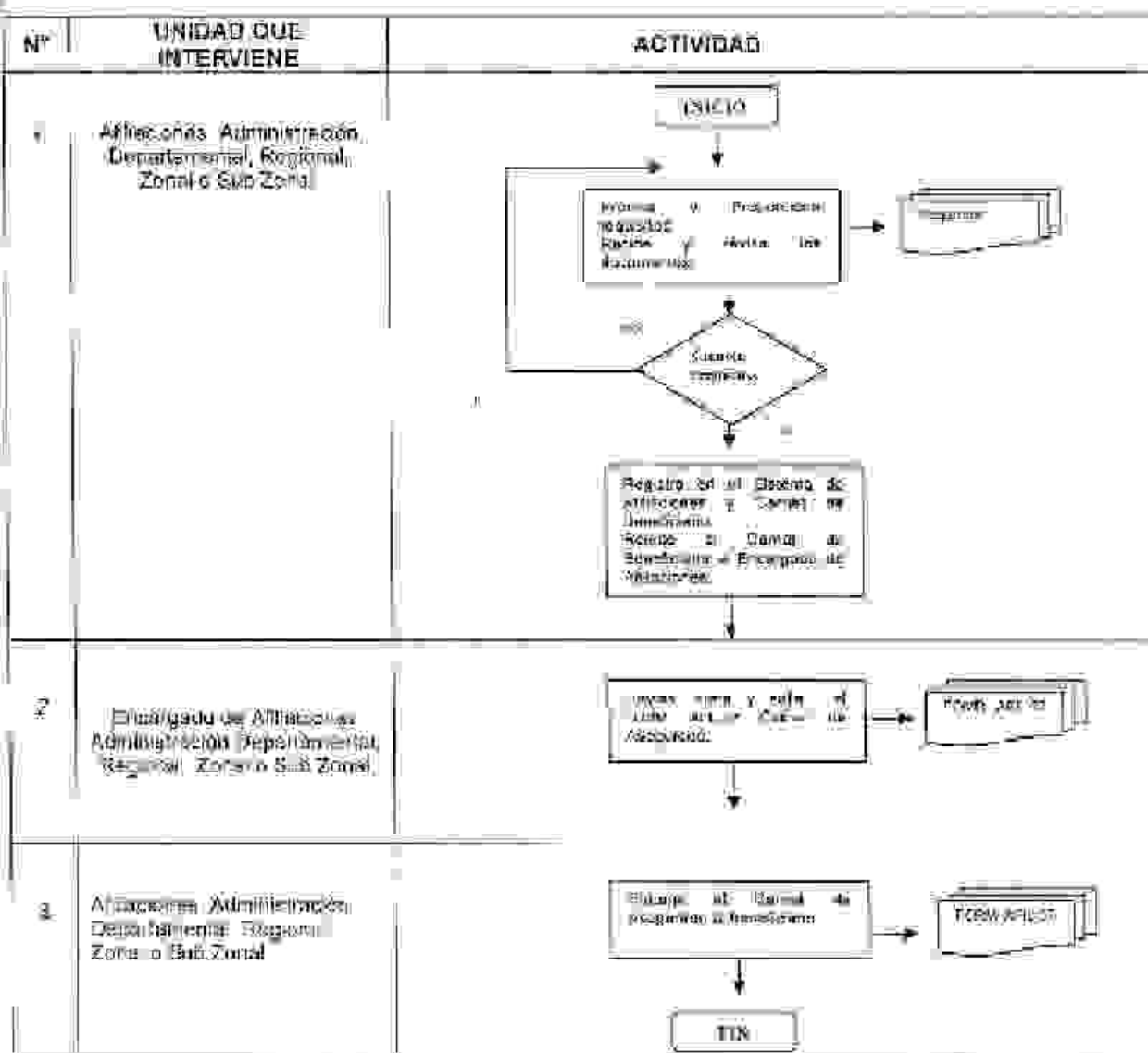
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

"DIÁGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE ESPOSA E HIJOS MENORES DE 19 AÑOS.



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros**25.3 Conviviente (Varón o Mujer):**

- a) Solicitud escrita de afiliación de conviviente dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal y Sup.Zonal.
- b) Certificado de Nacimiento Original más fotocopia.
- c) Fotocopia de Cédula de Identidad (asegurado y conviviente).
- d) Acta o Testimonio de Declaración Jurada de convivencia de dos testigos ante Notario de Fe Pública.
- e) Certificado de no existencia de pacto de matrimonio, extendida por el Servicio de Registro Civil SERREGI (Si corresponde).
- f) Certificación de no aportación a las AFP's.
- g) FORM-101 de no afiliación en otros Entes Gestores (recibir de Afiliaciones de la C.P. Si corresponde).
- h) De haberse declarado procedente la solicitud por la Comisión de Prestaciones. Presenta 3 fotografías tamaño 2,5 cm. x 2,5 cm., fondo rojo, (Una vez iniciada la implementación del proyecto de digitalización, Afiliaciones tomará la fotografía digital).

Nota: Para la desafiliación de conviviente, el asegurado debe presentar la solicitud de desafiliación y declaración jurada de dos testigos ante notario de Fe Pública, para su posterior investigación e informe en conclusiones de trabajo social a personal designado.



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS— AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE CONVIVIENTE

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Costarricense de Seguro Social de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, Trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES, UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN:

Honorable Director, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa, Finanzas, Departamento Nacional de Seguros Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Costa Rica y otras disposiciones correlatas.

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Trabajo Social o personal designado de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Revisa la documentación a ser presentada, de acuerdo a requisitos de Afiliación de Conviviente con la conformidad y visto bueno de esta instancia, el solicitante presenta sus documentos al Administrador.	1 Hora	Documentos para la afiliación
2	Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe los documentos establecidos en los requisitos de afiliación de conviviente. 2. Remite los documentos a la Unidad de Trabajo Social o personal designado.	1 Hora 2 días	Documentos para la afiliación Documentos para la afiliación
3	Trabajo Social o personal designado de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe la documentación presentada. 2. Programa y realiza la entrevista y la visita domiciliar para verificar la convivencia. 3. Emite informe en conclusiones mismo que es derivado a la Comisión de Prestaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal, vía la administración.	1 Hora 5 días 2 días	Comunicación interna Documentos para la afiliación Informe en conclusiones y documentos de afiliación Informe emitido
4	Comisión de Prestaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe, revisa y analiza el informe en conclusiones emitido por Trabajo Social o personal designado. 2. Acepta o rechaza la solicitud. 3. Elabora la Resolución de aceptación o rechazo.	5 días	Comunicación interna, Informe emitido, Documentos para la afiliación

1. *U. stansburiana* (L.) (1990)

[illegible]



caja costarricense de seguro social



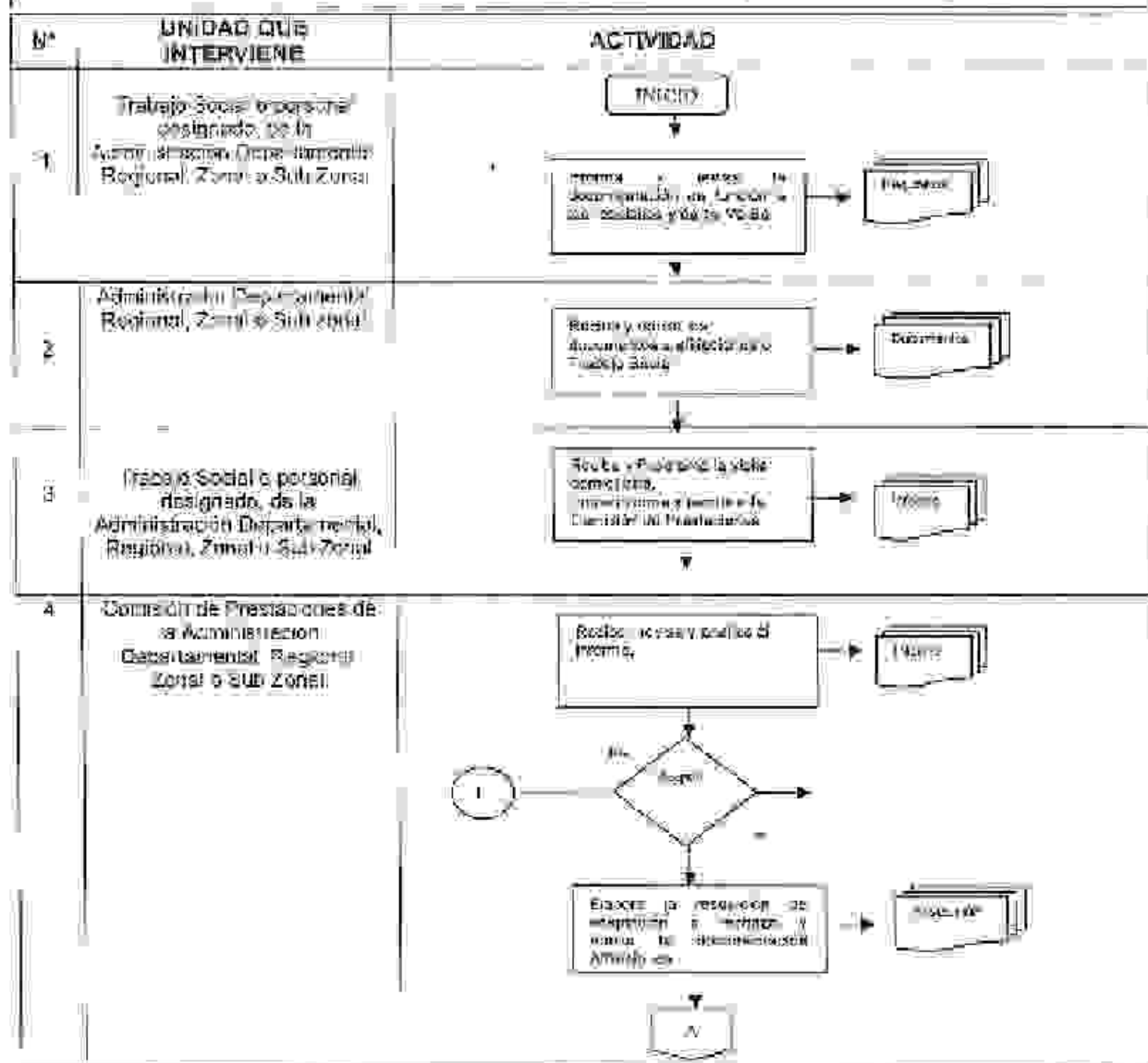
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

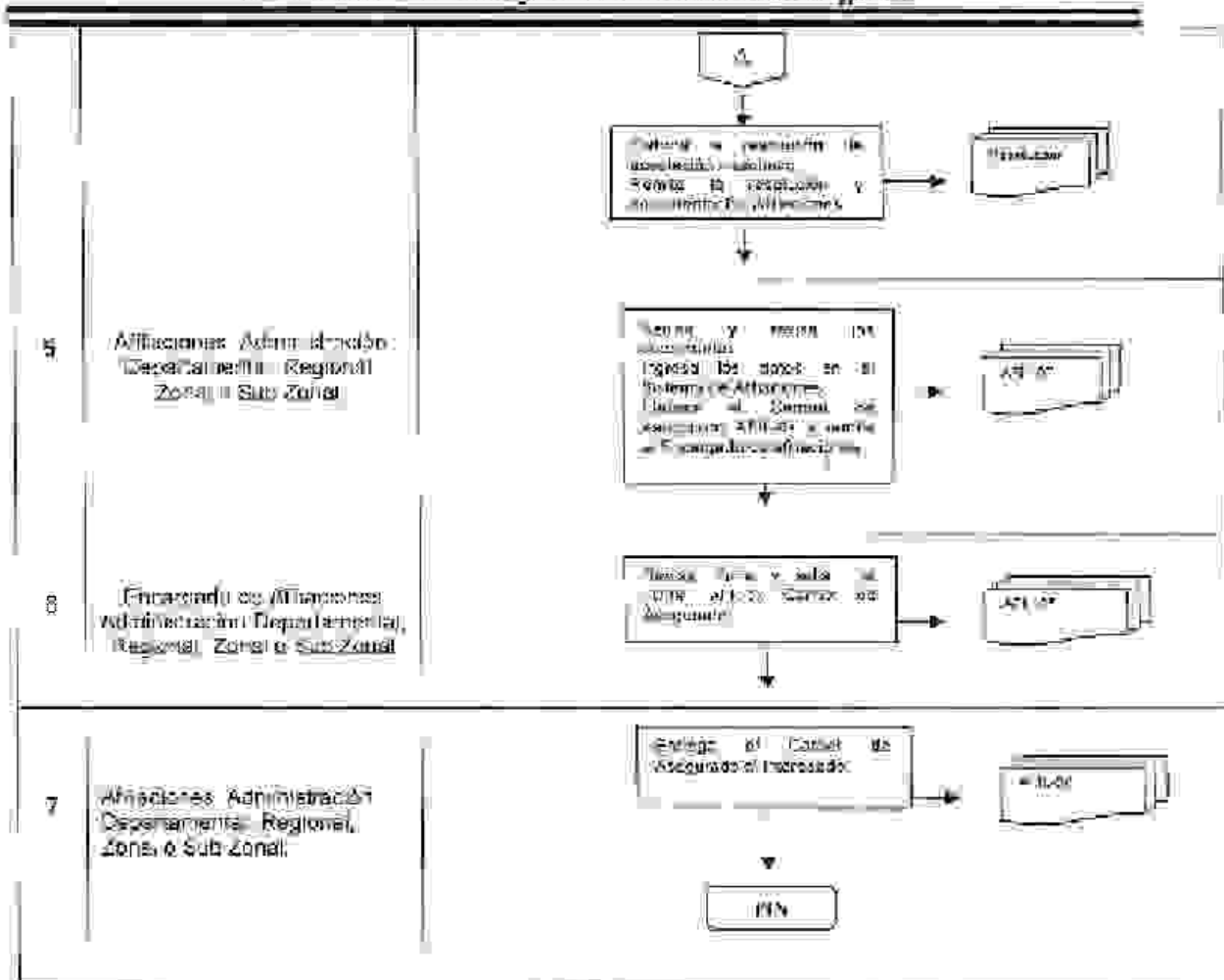
NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE CONVIVIENTE (VARÓN O MUJER)





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





caja petrolera de salud



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

25.4 Hijo(s) Recién Nacido(s):

- Certificado de Nacimiento Comprobado (original y fotocopias)
- Cartón de Nacido emitido por la C.P.S., u otro establecimiento de salud (original y fotocopia)
- FORM-101 de No afiliación en otros Entes Gestores (cuando uno de los padres no esté afiliado en la C.P.S., recabar de Afiliaciones de la C.P.S. con sus documentos).
- 3 fotografías tamaño 2,5 cm. x 2,5 cm., fondo rojo. (Una vez iniciada la implementación del proyecto de socialización, Afiliaciones tomará la fotografía digital)

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE RECIÉN NACIDO(A).

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, Trabajadores, Beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos, uniformes estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Director, Dirección General Ejecutivo, Dirección Nacional Administrativa, Finanzas, Departamento Nacional de Seguros Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones, cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación de Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1.	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe, revisa y valida la documentación establecida en los requisitos de beneficiario Recién Nacido y devuelve al solicitante original.	1 hora	Documentos de la afiliación
		2. Registra en el Sistema de Afiliaciones, los datos del beneficiario a ser asegurado, guardando los mismos del Certificado de Nacimiento: a) Número de Matrícula b) Parentesco con el Asegurado c) Nombre completo del beneficiario (a) d) Fecha de Afiliación e) Tipo de Afiliación (No Normal)	1 hora	Documentos de la afiliación
		3. Registra los datos del asegurado en el CARNET DE BENEFICIARIO, en el que se consigna los siguientes datos: a) Número de Matrícula b) Nombre completo del beneficiario (a) con apellido paterno y materno c) Parentesco con el Titular del seguro d) Nombre de la Empresa o Institución	2 días	Documentos de la afiliación



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		a) Distrito b) Nombre completo del titular del seguro c) Matrícula del titular del Seguro d) Número de historia clínica (en las Administraciones que correspondan) e) Cédula de Identidad del titular del seguro f) Lugar y fecha de expedición del Carnet del Asegurado g) Remite el CARNET DE BENEFICIARIO al Encargado de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional o Sub Zonal		
2	Responsable de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Revisa, firma y sella el Carnet de Beneficiario (a) de acuerdo a demanda en el Eje Ironca se derivará las funciones a los trabajadores auxiliares que sean necesarios 2. Certifica el pago de subsidios de Natalidad y Lactancia	1 Hora	Carnet Asegurado
3	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Entrega el Carnet de Beneficiario (a) y la Certificación de subsidios al interesado	1 Hora	Carnet de Asegurado



Ministerio de Salud
Caja Costarricense de Seguro Social



DIRECCIÓN DE SEGUROS DE SALUD

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

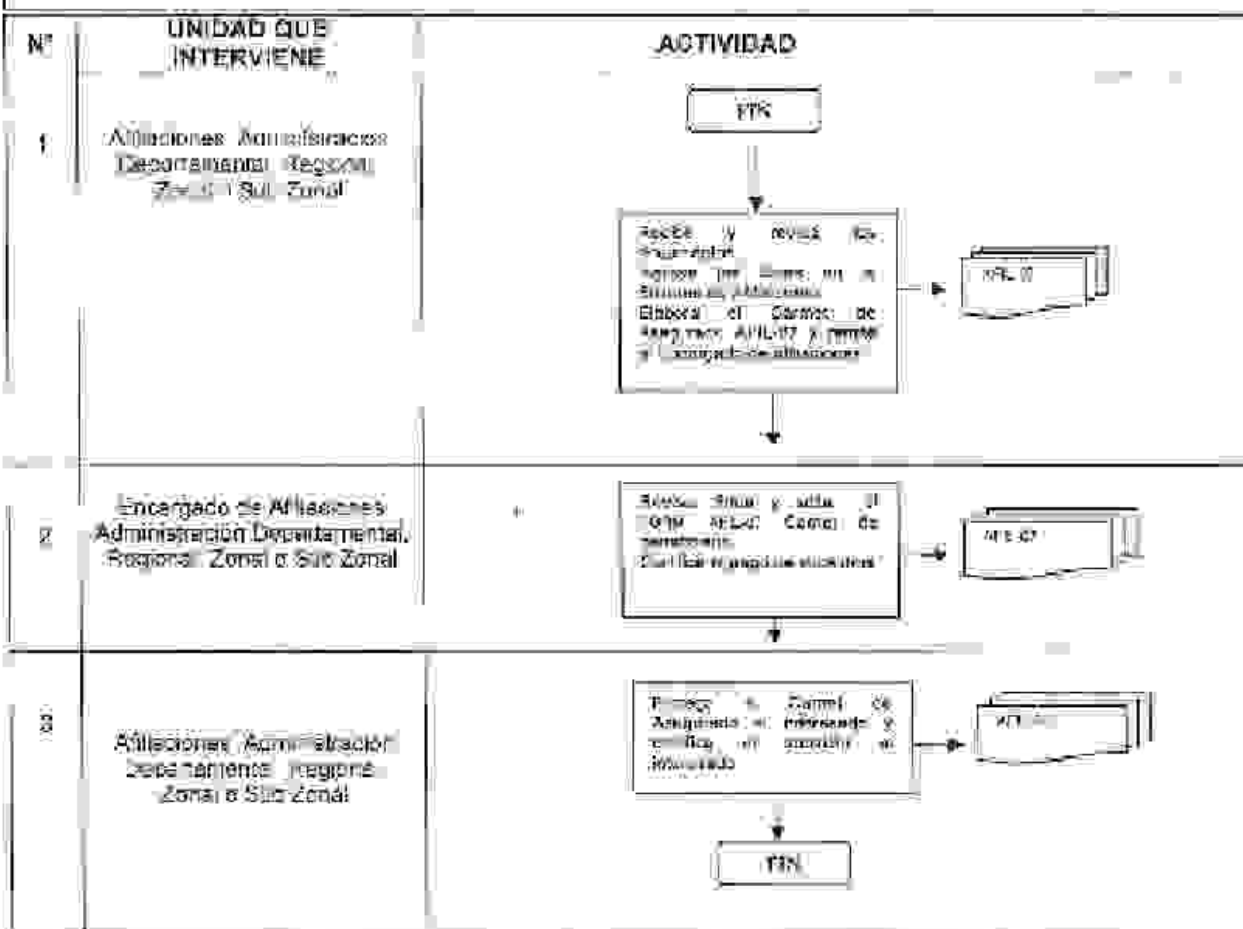
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE EMPRESAS O INSTITUCIONES





Seguro para el Estado

AFILIADO	FECHA
VERIFICAR	FECHA
OTRO	FECHA

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

26.5 Hijos entre 18 a 25 Años – D.S. Nº 0268/09

- Solicitud escrita del asegurado(a), de afiliación o reafiliación según D.S. Nº 0268/09, dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Certificado de Nacimiento original, más fotocopia, cuando la afiliación sea por primera vez.
- Certificado de estudios original que acredite su condición de alumno regular de algún establecimiento educativo legalmente autorizado, Universidad o Centro de Aprendizaje, el mismo que deberá actualizarse cada seis meses o gestión académica según corresponda. En caso de ser estudiante de Colegio fotocopia legalizada de la Libreta Escolar.
- Certificado de no aportación emitido por las AFP's (Futuro de Bolivia y Previsión) que se actualiza anualmente.
- Certificado de no existencia de partida de matrimonio, extendida por el Servicio del Registro Civil, SECRET, que se actualiza anualmente.
- FORM 101 de Noafiliación en otros Entes Gestores (recabar de Afiliaciones de la C.P.B. con sus documentos).
- 3 fotografías tamaño 2 1/2 cm x 2 1/2 cm, fondo rojo. (Una vez iniciada la implementación del proyecto de carnetización. Afiliaciones tomará la fotografía digital).

Toda hija que dentro de esta categoría de ser beneficiaria y pase a ser madre, se procederá a la atención médica en todas sus especialidades que sean necesarias para el parto y puerperio, siempre y cuando ésta no contralga matrimonio y siga bajo la dependencia de los padres.

Cumplidos estos requisitos y debidamente aprobados por la Administración correspondiente, a través de la Sección de Afiliaciones procederá a la otorgación del carnet de asegurado previo informe escrito de la Unidad de Trabajo Social o Autoridad competente.



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE HIJOS DE 19 A 25 AÑOS.

OBJETIVO DEL PROCESO

Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades, y Asegurados Voluntarios (trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL, ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN)

Honorable Directorio, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa, Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Coto Plata y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Trabajo Social o personal designado de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Revisa la documentación a ser presentada de acuerdo a requisitos de Afiliación de Beneficiarios entre 19 a 25 años, con la conformidad y visto bueno de esta instancia el solicitante presenta sus documentos a la Administración	1 hora	Documentos para la afiliación
2	Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub zonal.	1. Recibe los documentos establecidos en los requisitos de Afiliación de Beneficiarios entre 19 a 25 años. 2. Remite los documentos a la Unidad de Trabajo Social o personal designado.	1 hora 2 días	Documentos de Afiliación Documentos de Afiliación
3	Trabajo Social o personal designado de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Programa la entrevista y/o realiza la visita domiciliar al beneficiario, para determinar la dependencia del mismo, respecto del Asegurado. 2. Emite informe social en conclusiones que es convocado a Afiliaciones via la Administración	2 días 2 días	Comunicación interna y Documentos para la afiliación. Informe en conclusiones y Documentos para la afiliación
4	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Con la documentación recibida, ingresa los datos del Beneficiario al Sistema de Afiliaciones de acuerdo a: a. Número de Matrícula b. Parentesco con el Asegurado c. Nombre completo del beneficiario (8)	1 hora	Informe en conclusiones y Documentos para la afiliación

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		d. Fecha de Afiliación e. Fecha de retiro (en función al Certificado de estudios) f. Tipo de Mutación (A) Ampliación.		
		2. Registra los datos del asegurado en el CARNET DE BENEFICIARIO, en el que se consigna los siguientes datos: a. 3 fotografías tamaño 2,5 cm. x 2,5 cm., fondo rojo. (Una vez iniciada la implementación del proyecto de carnetización. Afiliaciones tomará la fotografía original. b. Registrar el D.C. 0768/2009 (parte superior de la foto) c. Número de Matrícula d. Nombre completo del beneficiario (a) con apellido paterno y materno e. Parentesco con el titular del seguro f. Nombre de la Empresa o Institución g. Distrito h. Nombre completo del titular del seguro i. Matrícula del Titular del Seguro j. Número de historia clínica (en las administraciones que correspondan) k. Cédula de Identidad del Titular del seguro l. Lugar y fecha de expedición del Carnet del Asegurado	2 días	Carnet de Beneficiario de
5	Encargado de afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Remite el CARNET DE BENEFICIARIO al Encargado de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional o Sub Zonal. 1. Revisa, firma y sella el Carnet de Beneficiario (ya de acuerdo a demanda, en el Eje troncal se derivará las funciones a o los trabajadores auxiliares que sean necesarios)	1 día	Carnet Asegurado de
6	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Entrega el Carnet de Beneficiario(s) al interesado	4 horas	Carnet Asegurado de



Ministerio de Salud de la República

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

SECRETARÍA ASISTENCIAL
HOSPITAL DE CIRUGÍA

25 MAR 2014

RECIBO

ASISTENTE

RECIBO

RECIBO

RECIBO

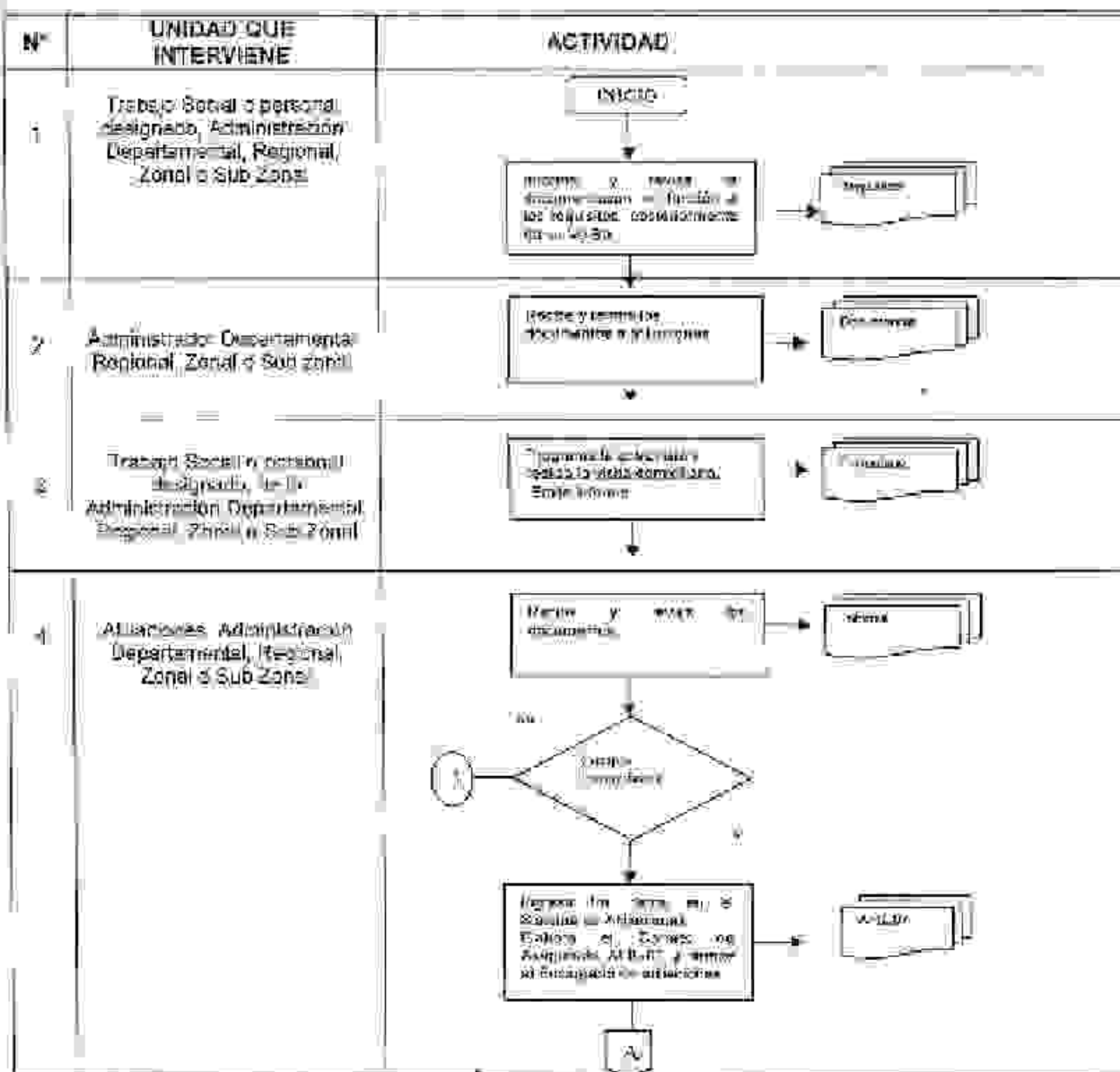
RECIBO

"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE HIJOS ENTRE 18 a 25 AÑOS.





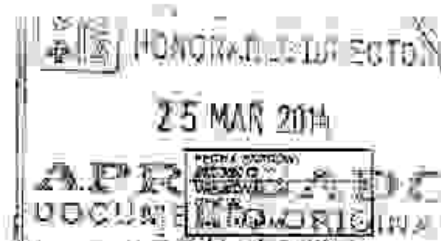
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
5	Encargado de Afiliaciones, Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	
6	Afiliaciones ADMINISTRACIÓN Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



26.6 De Padre o Madre:

- Solicitud escrita del asegurado (x) de afiliación de padre o madre, dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Certificado de Nacimiento Original por lo padres, más fotocopia.
- Certificado de matrimonio de los padres (Cuando corresponda).
- Certificado de defunción original en caso de viudez de uno de los padres.
- De ser el caso cancelación de la partida de matrimonio.
- Certificado de Listas Pasivas (extendido por el SENASIR) acreditando que el padre y/o madre no percibe renta alguna.
- Certificado de las AFP's (Futuro de Bolivia y Previsión) acreditando que el padre y/o madre no percibe renta alguna.
- Certificado del Servicio de Impuestos Nacionales que certifique que el posible beneficiario padre o madre no tiene Número de Identificación Tributaria (N.I.T.).
- Certificado de NO afiliación al Seguro de Salud para el Adulto Mayor- SSPAM, extendido por el Gobierno Autónomo Municipal que corresponda PARA MAYORES DE 60 AÑOS.
- FORM - 101 de NO afiliación en otros Entes Gestores (recabar de Afiliaciones de la C.P.R. con sus documentos).
- Fotocopia del carnet de asegurado del titular del seguro.
- 3 fotografías tamaño 2,5 cm x 2,5 cm., fondo rojo, (Una vez iniciada la implementación del proyecto de carnetización Afiliaciones tomará la fotografía digital).

Cumplidos estos requisitos y debidamente aprobados por la Comisión de Prestaciones de la Administración correspondiente, la Sección de Afiliaciones procederá a la otorgación del carnet de asegurado previo informe escrito de la Unidad de Trabajo Social o Autoridad Competente.



caja costarricense de seguro social

ESTADO DE Cuentas	
Presupuesto	
Realizado	
Por pagar	

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

“DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS”

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DEL PADRE O MADRE

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Costarricense de Seguro Social de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, trabajadores, beneficiarios (herederos y otros), a través de procesos y procedimientos, uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL AREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Directorio, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones de la Administración Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe y revisa la documentación presentada de acuerdo a requisitos de Afiliación para Padres con la conformidad y visto bueno de esta instancia, el solicitante ingresa sus documentos por Administración	1 Hora	Documentos para la Afiliación
2	Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub zonal	1. Recibe los documentos establecidos en los requisitos de afiliación de padre o madre. 2. Remite los documentos a la Comisión de Prestaciones	1 Hora 2 días	Documentos para la Afiliación Documentos para la Afiliación
3	Comisión de Prestaciones Departamental, Regional o Zonal de prestaciones	1. Recibe, revisa y analiza los documentos presentados. 2. Acepta o rechaza la solicitud. 3. Elabora la Resolución de aceptación o rechazo de la solicitud de Afiliación de padres. 4. Remite la Resolución y documentación de respaldo a Afiliaciones	5 días	Comunicación interna, Informe escrito, Documento para la Afiliación interna en comunicaciones
4	Afiliaciones de la Administración Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Con la documentación recibida, ingresa los datos del Beneficiario al Sistema de Afiliaciones, de acuerdo a: a. Número de Matrícula b. Parentesco con el Asegurado c. Nombre completo del beneficiario (a) d. Fecha de Afiliación e. Tipo de Afiliación (N) Normal	1 Hora	Resolución de la Comisión de Prestaciones y documentos para la Afiliación



Ministerio de Salud Pública

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		2. Registra los datos del asegurado en el CARNET DE BENEFICIARIO en el que se consignará los siguientes datos: a. 3 fotografías tamaño 2.5 cm X 2.5 cm, fondo rojo, conéctase mediante la implementación del proyecto de implementación, Afiliaciones tomará la fotografía digital b. Registrar el Número y fecha de la Resolución (parte superior de la foto) c. Número de Matrícula d. Nombre completo del beneficiario(a), apellidos paterno y materno e. Parentesco con el Titular del seguro f. Nombre de la Empresa o Institución g. Distrito h. Nombre completo del titular del seguro i. Matrícula del titular del Seguro j. Número de historia clínica (en las Administraciones que correspondan). k. Cédula de Identidad del titular del seguro. l. Lugar y fecha de expedición del Carnet del Asegurado. 3. Remite el CARNET DE BENEFICIARIO al Encargado de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional o Sub Zonal.	2 días	Carnet Beneficiario
5	Responsable de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Revisa, firma y sella el Carnet de Beneficiario (a) de acuerdo a lo establecido en el Eje troncal se derivará las funciones a o los trabajadores auxiliares que sean necesarios)	1 Hora	Carnet de Asegurado
6	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Entrega el Carnet de Beneficiario(a) al interesado	1 Hora	Carnet de Asegurado



1. QUESTION
 2. ANSWER
 3. EXPLANATION
 4. REFERENCE
 5. DATE
 6. FILE NO.

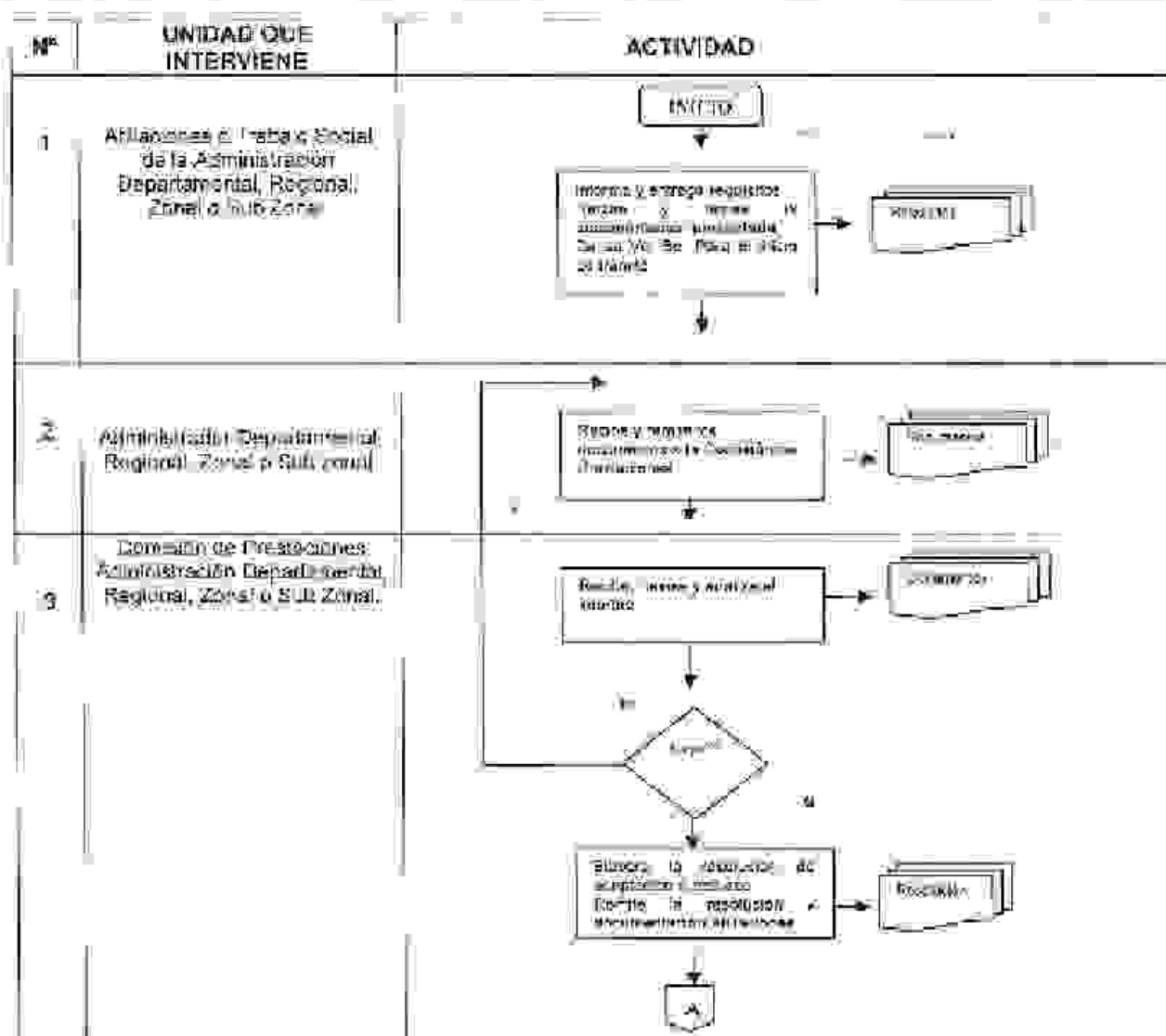
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE PADRES



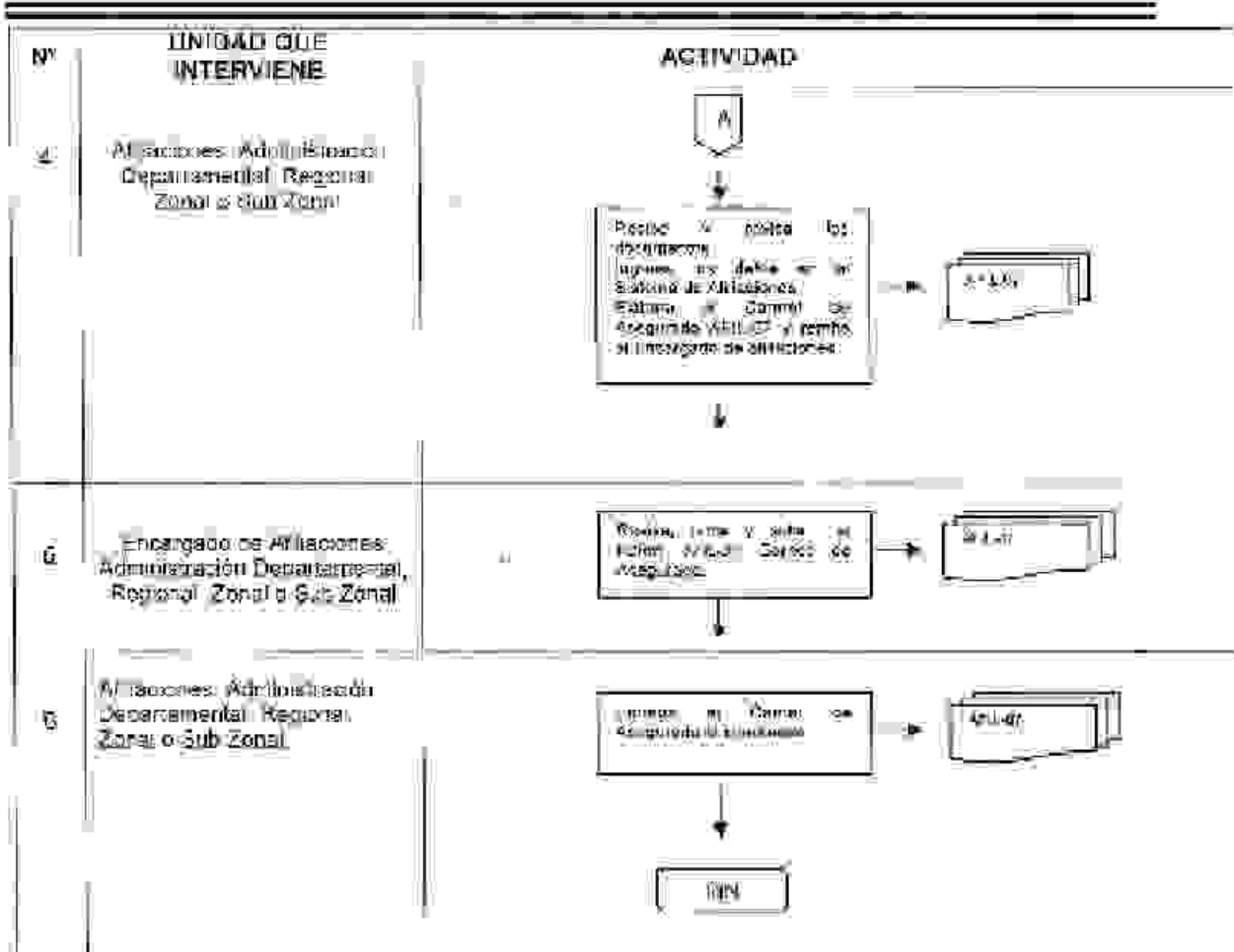


HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2004

APPROVED FOR RELEASE
DOCUMENT TO ORIGINAL

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

26.7 Hermanos (as):

El o los hermanos del o la asegurado (a) titular, en las mismas condiciones que los hijos siempre que sean huérfanos o hijos de padres viudos (siempre y cuando los progenitores asíloquien también para ser beneficiario), divorciados, solteros o inválidos.

- Solicitud escrita del o la asegurado (a) dirigida al Administrador Departamental Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Certificado de Matrimonio o Libreta de Familia de los padres.
- Certificado de Nacimiento original y fotocopia.
- Resolución o Sentencia de Tutela y favor del asegurado, emitido por autoridad competente.
- Certificado de Defunción y cancelación de la partida de matrimonio de los padres.
- Acta o Testimonio de Declaración Jurada de dependencia de dos testigos en lugares que no hubiere Jueces, excepcionalmente ante Notario de Fe Pública.
- FORM -101 de No afiliación en otros Entes Gestores. (necesar de Afiliaciones de la C.P.S. con sus documentos)
- De haberse declarado procedente la solicitud por la Comisión de Prestaciones, presentar 3 fotografías tamaño 2,5 cm x 2,5 cm, fondo rojo, (Una vez iniciada la implementación del proyecto se cancelación, Afiliaciones tomara la fotografía digital)

26.8 Hijastro (a)

- Solicitud escrita del asegurado (a) de afiliación de hijastro(a) dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Certificado de Nacimiento original y fotocopia.
- Certificado de Matrimonio o Libreta de Familia del Asegurado o Resolución de Afiliación de Convivencia emitida por la Comisión Departamental de Prestaciones.
- Certificado de Defunción (Padre o Madre del hijastro) o sentencia de divorcio con cancelación de partida de matrimonio.
- Acta o Testimonio de Declaración Jurada de dependencia de dos testigos, ante Notario de Fe Pública.
- FORM -101 de No afiliación en otros Entes Gestores, emitida por la C.P.S. (necesar de Afiliaciones de la C.P.S. con sus documentos)
- De haberse declarado procedente la solicitud por la Comisión de Prestaciones, Presentar 3 fotografías tamaño 2,5 cm x 2,5 cm, fondo rojo, (Una vez iniciada la implementación del proyecto se cancelación, Afiliaciones tomara la fotografía digital)



caja costarricense de seguro

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS.- AFILIACIONES				
NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES				
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE HIJASTRO(A)				
OBJETIVO DEL PROCESO: Gestionar la afiliación a la Caja Costarricense de Seguro Social de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios Trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros; a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.				
ALCANCE: NIVEL NACIONAL. ÁREA ADMINISTRATIVA				
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN): Honorable Director, Dirección General Ejecutivo, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones				
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO): Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Costa Rica y otras disposiciones conexas				
Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Trabajo Social o personal designado de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Revisa la documentación presentada, de acuerdo a requisitos de Afiliación de Hermano(a) o Hijastro(a), con la conformidad y visto bueno de esta instancia, el solicitante ingresa sus documentos por Administración.	1 Hora	Documentos de Afiliación
2	Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe los documentos establecidos en los requisitos de afiliación de Hermano(a) o Hijastro(a). 2. Remite los documentos al Trabajo Social o personal designado	1 Hora 2 días	Documentos para la Afiliación Documentos para la Afiliación
3	Trabajo Social o personal designado de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe la documentación presentada. 2. Programa y realiza la visita domiciliaria, para verificar la dependencia. 3. Emite informe social en conclusiones, que es derivado a la Comisión de Prestaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.	1 Hora 3 días 2 días	Comunicación interna y Documentos de Afiliación. Informe en conclusiones y documentos de afiliación. Informe emitido
4	Comisión de Prestaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe, revisa y analiza el informe en conclusión emitido por Trabajo Social. 2. Acepta o rechaza la solicitud. 3. Elabora la Resolución de aceptación o rechazo de la solicitud de Afiliación del Hermano(a) o Hijastro(a)	3 días	Comunicación interna, Informe emitido Documentos para la Afiliación Informe en conclusiones



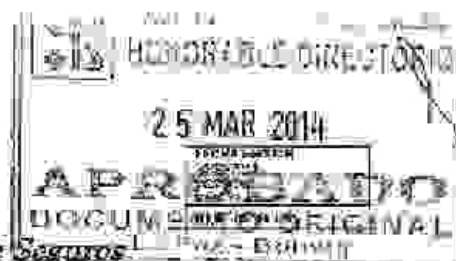
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDADES	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
5	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	4. Remite la Resolución y documentación de respaldo, a Afiliaciones. 1. Con la documentación recibida, ingresa los datos del Beneficiario al Sistema de Afiliaciones, de acuerdo a: a. Número de Matrícula b. Parentesco con el Asegurado c. Nombre completo del beneficiario (a) d. Fecha de Afiliación e. Tipo de Afiliación (N) Normal 2. Registra los datos del asegurado en el CARNET DE BENEFICIARIO, en el que se consignará los siguientes datos: a. 3 fotografías tamaño 2,5 cm. x 2,5 cm. fondo rojo una vez iniciada la implementación del proyecto de parafarmacia; Afiliaciones tomará la fotografía digital b. Registra el número y fecha de la Resolución (parte superior de la foto) c. Número de Matrícula d. Nombre completo del beneficiario (a) con apellido paterno y materno e. Parentesco con el titular del seguro f. Nombre de la Empresa o Institución g. Distrito h. Nombre completo del titular del seguro i. Matrícula de Titular del Seguro j. Número de Historia Clínica (en las Administraciones que corresponda) k. Cédula de identidad del titular del seguro l. Lugar y fecha de expedición del Carnet del Asegurado 3. Remite el CARNET DE BENEFICIARIO al Encargado de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional o Sub Zonal.	1 hora 2 días	Resolución de la Comisión de Prestaciones y documentos para la Afiliación Carnet Beneficiario
6	Encargado de afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Realiza firma y sella el Carnet de Beneficiario (a) de acuerdo a demanda, en el Ejemplar se derivará las funciones a o los trabajadores auxiliares que sean necesarios.	1 hora	Carnet Asegurado
7	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	4. Entrega el Carnet de Beneficiario(a) al interesado.	1 hora	Carnet Asegurado



Ministerio de Salud de Colombia

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

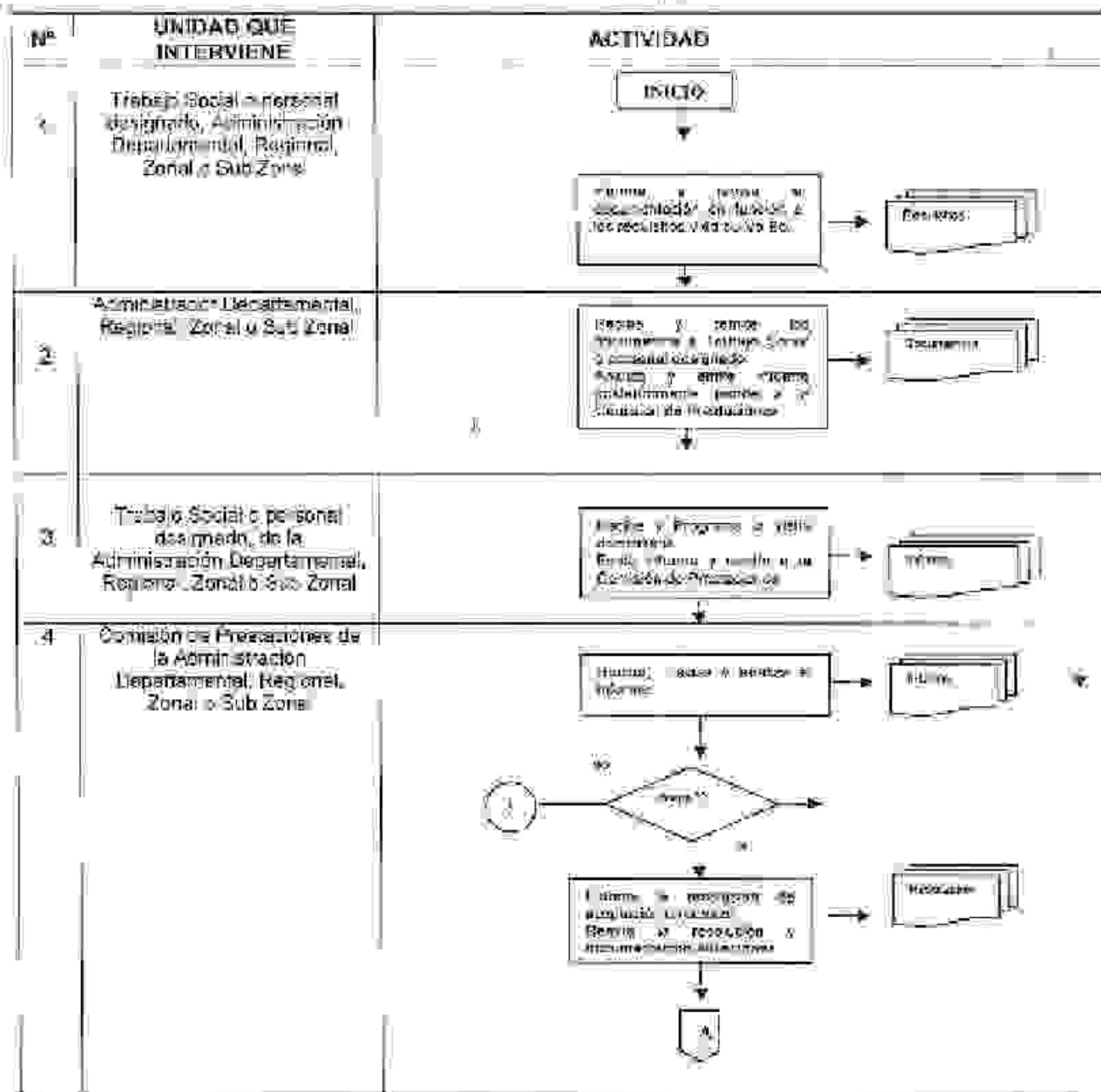


"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE HUASTRO(A)





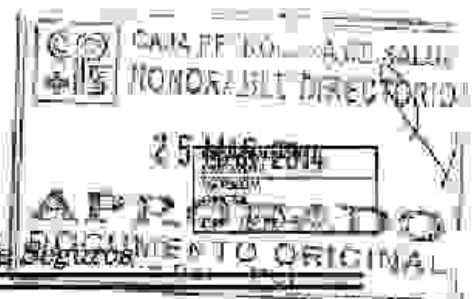
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
5	Afiliaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	Inicio Recepción y revisión de documentos. Verificación de datos personales. Elaboración de Afiliación. Asignación de APL y/o APL de afiliación de afiliación. Fin
6	Encargado de Afiliaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	Recepción de datos y datos de afiliación. Elaboración de Afiliación. Fin
7	Encargado de Afiliaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	Recepción de datos y datos de afiliación. Elaboración de Afiliación. Fin



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



26.9 Nieta (a)

- Solicitud escrita de afiliación del asegurador(a), dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Certificado de Nacimiento original y fotocopia.
- Certificado de Defunción de los padres (en caso de orfandad).
- Resolución o Sentencia de Tutela a favor del asegurado, emitido por autoridad competente.
- En caso de abandono Trabajo Social verifica y emite informe sobre el particular.
- Acta o Testimonio de Declaración Jurada de dependencia de dos testigos, ante Juez de Instrucción en lo civil o Juez Mixto, en lugares que no hubiera Jueces, excepcionalmente ante Notario de Fe Pública.
- FORM -10- de No afiliación en otros Entes Gestores, (Acabar de Afiliaciones de la C.P.S. con sus documentos).
- De haberse declarado procedente la solicitud por la Comisión de Prestaciones, presentar 5 fotografías tamaño 2,5 cm x 2,5 cm, fondo rojo, (Una vez iniciada la implementación del requisito de actualización, Afiliaciones tomará la fotografía digital).

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS – AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE NIETO(A).

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Costarricense de Seguro Social de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Director, Dirección General Ejecutivo, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Jefes y Responsables de Control de Empresas, Afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Trabajo Social y personal designado de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Revisa la documentación presentada, de acuerdo a requisitos de Afiliación de Nieta (a), con la conformidad y vista buena de esta instancia; el solicitante ingresa sus documentos por Administración.	1 hora	Documentos de Afiliación
2	Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe los documentos establecidos en los requisitos de afiliación Nieta (a). 2. Remite los documentos a Trabajo Social y personal designado.	1 hora 2 días	Documentos para Afiliación Documentos para Afiliación
3	Trabajo Social y	1. Recibe la documentación presentada	1 hora	Comunicación



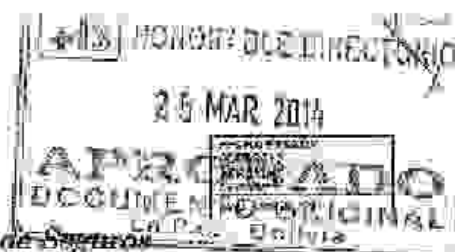
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
	personal designado de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	2. Programa y realiza la entrevista y la visita domiciliar para verificar la dependencia.	2 días	Informe y Documentos de Afiliación.
		3. Emite informe social en conclusiones, que es derivado a la Comisión de Prestaciones Departamental, Regional o Zonal o Sub Zonal	2 días	Informe emitido
4	Comisión de Prestaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe, revisa y analiza el informe en conclusión emitido por Trabajo Social o personal designado. 2. Acepta o rechaza la solicitud. 3. Elabora la Resolución de aceptación o rechazo de la solicitud de Afiliación del Niño(a). 4. Remite la Resolución y documentación de respaldo a Afiliaciones	5 días	Comunicación Informe emitido Documentos para la Afiliación Informe conclusiones
5	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Con la documentación recibida ingresa los datos al aplicativo el Sistema de Afiliaciones, de acuerdo a: a. Nombre de Matruco b. Parentesco con el Asegurado c. Nombre completo del beneficiario(a). d. Fecha de Afiliación e. Tipo de Afiliación (N) Normal. 2. Registra los datos del asegurado en el CARNET DE BENEFICIARIO, en el que se consignar los siguientes datos: a. 2 fotografías tamaño 2.5 cm. x 2.5 cm., fondo rojo. (Una vez iniciada la implementación del proyecto de digitalización, Afiliaciones tomará la fotografía digital) b. Registra el Número y fecha de la Resolución (parte superior de la foto) c. Número de Matruco d. Nombre completo del beneficiario (a) con apellidos paternos y maternos. e. Parentesco con el titular del seguro. f. Nombre de la Empresa o Institución. g. Domicilio. h. Nombre completo del titular del seguro. i. Matruco del titular del Seguro. j. Número de historia clínica (en las Administraciones que correspondan). k. Cédula de Identidad del titular del seguro	1 Mes 2 días	Resolución de la Comisión de Prestaciones y documentos para la Afiliación Carnet Beneficiario.



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
1	Encargado de afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Lograr y fecha de expedición del Carnet del Asegurado. 3. Remite el CARNET DE BENEFICIARIO al Encargado de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional o Sub Zonal	1 Hora	Carnet Asegurado
2	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Entrega el Carnet de Beneficiario al interesado	1 Hora	Carnet Asegurado



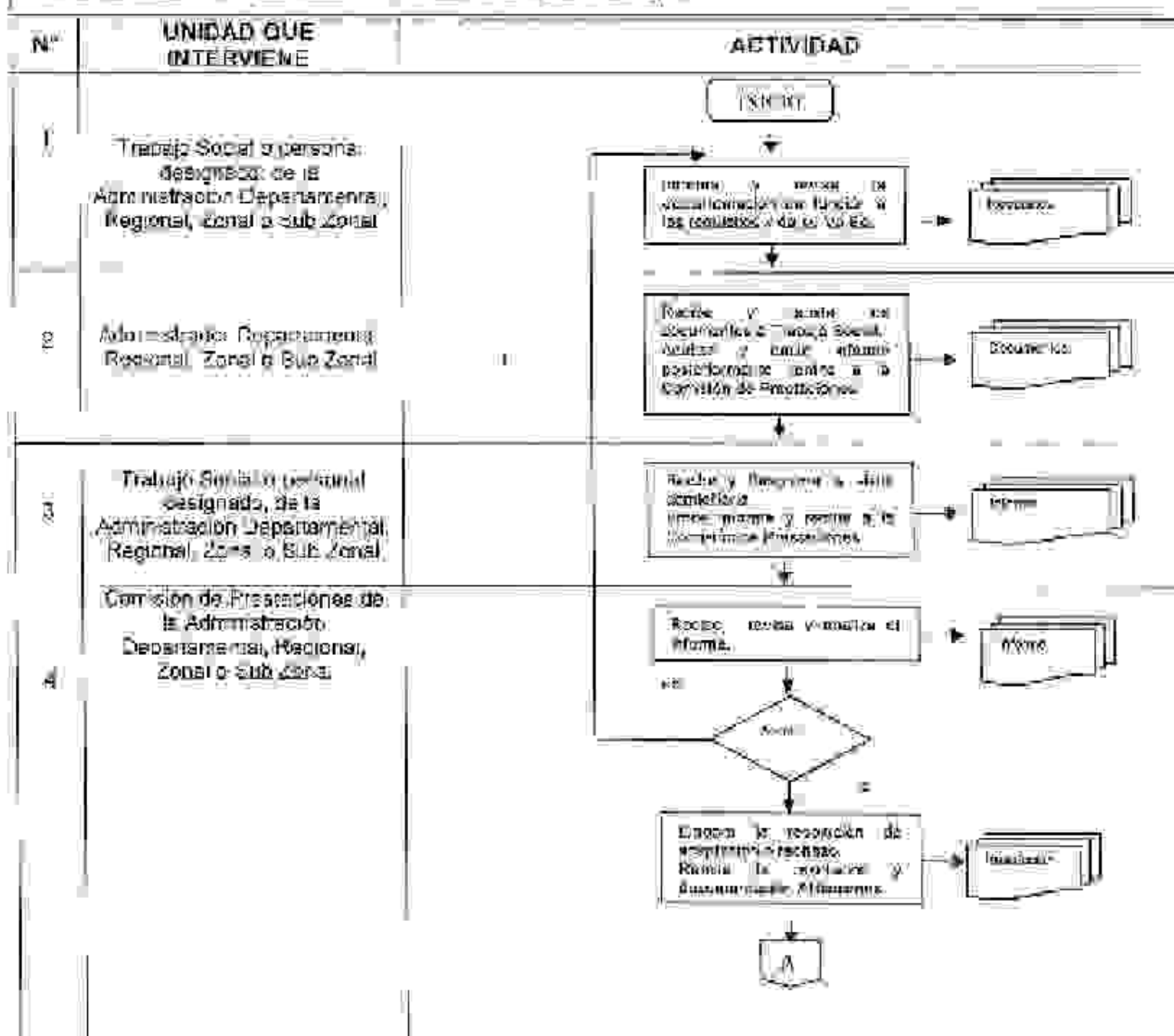
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DE NIETO(A)





Caja Costarricense de Seguro Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



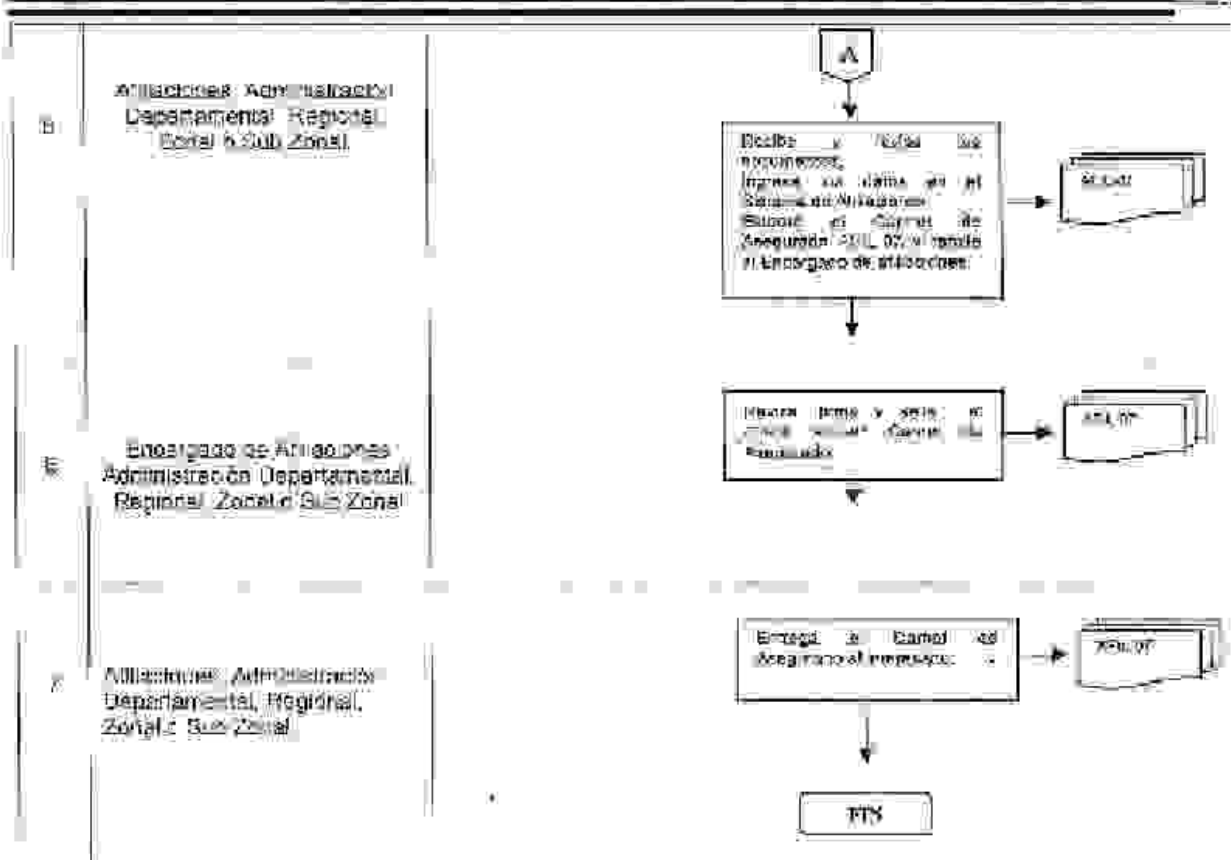
UNIVERSIDAD NACIONAL
HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014



APROBADO
DOCUMENTO DE POLÍTICA

NOTIFICADO



**CAPITULO QUINTO****DE LOS RENTISTAS****27. Rentistas Públicos (SENASIR)**

La afiliación de Trabajadores Pasivos contemplados en el antiguo régimen de reparto y al nuevo de capitalización individual, con posterioridad a su afiliación en condición de trabajador activo, procederá previa complementación de los siguientes documentos:

- Resolución de Renta de Vejez, emitida por el SENASIR
- Fotocopia Boleta de Pago de Pensión por Jubilación con descuento a la C.P.S.
- Fotocopia del Carnet de Rentista
- Carnet de Asegurado a la C.P.S. (si lo tuviera)
- 3 fotografías tamaño 2,5 cm. x 2,5 cm., fondo rojo. (Una vez iniciada la implementación del proyecto de carnetización, Afiliaciones tomará la fotografía digital)

28. Rentistas Privados

- Fotocopia legalizada del Contrato de Jubilación o dictamen firmado por la AFP correspondiente
- Formulario Historia Ocupacional o Record de Servicios o Estado de Cuenta Individual; expedido por la AFP correspondiente
- Fotocopia de la Planilla de Pago de Aportes a la C.P.S. o Certificación de Pago de Aportes en favor de la C.P.S. – Emitido por la AFP.
- Fotocopia de Cédula de Identidad
- Carnet de Asegurado a la C.P.S. (si lo tuviera)
- 3 fotografías tamaño 2,5 cm. x 2,5 cm., fondo rojo. (Una vez iniciada la implementación del proyecto de carnetización, Afiliaciones tomará la fotografía digital)

29. Derecho Habientes:

La afiliación del Derecho Habiente, será en función a lo indicado expresamente en la respectiva Resolución de Viudez y/o Orfandad emitida por el SENASIR o AFP's correspondiente, además de la presentación de los documentos personales exigidos en el Punto 20 del presente Manual de Procedimientos.

Cumplidos con los trámites correspondientes, la Caja Petrolera de Salud, a través de la Unidad de Afiliaciones otorgará el respectivo carnet de asegurado al derecho habiente y/o sus beneficiarios.



caja petroera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: RENTISTA Y SUS BENEFICIARIOS

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, trabajadores, beneficiarios, Rentistas y Dijos, a través de procesos y procedimientos, uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL AREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN)

Honorable Director, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Carta Pílea y otras disposiciones conexas

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1.	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe los documentos establecidos en los requisitos para la afiliación de Rentistas y sus Beneficiarios 2. Con la documentación recibida, ingresa los datos del Rentista y sus Beneficiarios al Sistema de Afiliaciones, de acuerdo a: PARA ASEGURADO (A): a) Número de Matricula b) Nombre completo c) Número de Empleador d) Fecha de Afiliación PARA BENEFICIARIOS a) Número de Matricula b) Parentesco con el Asegurado c) Nombre completo del beneficiario (s) d) Fecha de Afiliación e) Tipo de Afiliación (NI Normal) 3. Registra los datos del asegurado en el CARNET DE BENEFICIARIO y en el que se consignará los siguientes datos: PARA EL TITULAR DEL SEGURO: a) Fotografías tamaño 2.5 cm. x 2.5 cm. (fondo rojo). Una vez impresa, la impresión del proyecto es autorizada. Afiliaciones tendrá la fotografía igual b) Número de Matricula	1 hora. 2 días 2 días	Documentos para la afiliación Documentos para la afiliación Documentos para la afiliación



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		c) Nombre completo. d) Parentesco. e) Nombre de la institución Gestora de Largo Plazo. f) Distrito. g) Número de historia clínica (administración que corresponda). h) Cédula de identidad del titular del seguro. i) Lugar y fecha de expedición del Carnet del Asegurado. PARA BENEFICIARIOS a) 3 fotografías tamaño 2.5 cm. x 2.5 cm., fondo rojo (una vez iniciada la implementación del proyecto de construcción. «Afiliaciones» tener en la fotografía digital). b) Número de Matrícula. c) Nombre completo del beneficiario (a) con apellidos paterno y materno. d) Parentesco con el titular del seguro. e) Nombre de la institución Gestora de Largo Plazo. f) Distrito. g) Nombre completo del titular del seguro. h) Matrícula del titular del Seguro. i) Número de historia clínica (administración que corresponda). j) Cédula de identidad del titular del seguro. k) Lugar y fecha de expedición del Carnet del Asegurado. 4. Remite los CARNET al Encargado de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional o Sub Zonal.		
2	Encargado de Afiliaciones, Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Revisa, firma y sella el Carnet de Beneficiario (a) de acuerdo a demanda, en el Eje técnico se derivará las funciones a los trabajadores auxiliares que sean necesarios	1 hora	Carnet Asegurado
3	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Entrega el Carnet del Asegurado al interesado (a)	1 hora	Carnet Asegurado





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

CAPITULO SEXTO

DEL SEGURO VOLUNTARIO

30. Seguro Voluntario

Los trabajadores que no están sujetos obligatoriamente al Seguro Social Obligatorio, como los artesanos y otros trabajadores independientes podrán solicitar a la Caja su incorporación en uno o en los demás seguros siempre que tomen a su cargo la totalidad de la cotización y se sometan a las condiciones que el Reglamento expedirá.

El asegurado que cesare en un trabajo sujeto al Seguro Social Obligatorio podrá solicitar a la Caja la autorización para continuar voluntariamente asegurado en los seguros de enfermedad y maternidad, o de invalidez, vejez y muerte, o ambos, según los casos, quedando en tal caso, a su cargo la cotización total para el o los seguros que hubiese escogido de acuerdo a lo establecido con el artículo 12 del Código de Seguridad Social y concordante con el artículo 27 del Reglamento del Código de Seguridad Social.

El Seguro Voluntario es la ampliación de cobertura del Seguro de Corto Plazo, en los Regímenes de Enfermedad y Maternidad a las personas individuales o colectivas sin relación de dependencia laboral o obrera patronal y su grupo familiar, en aplicación del D.S. 22407 de 11 de enero de 1990 De la Salud Pública y la Seguridad Social en su Artículo 83 y Artículo 3 del D.S. 22578 de 13 de agosto de 1990.

Son responsables de establecer la cotización mensual del Seguro Voluntario a nivel nacional, el Departamento Nacional de Prestaciones en Salud dependiente de la Dirección Nacional de Salud en coordinación con la Dirección Nacional Administrativa, Ministerio a través del Departamento Nacional de Seguros, el mismo que será objeto de revisión y ajuste periódicamente, cuya importe de cotización será calculado sobre la base de lo definido, por lo que, en ningún caso será inferior al importe establecido. Toda modificación al salario cotizable topé, se la realiza previo un estudio técnico y de costos de acuerdo a las condiciones económicas y de infraestructura de la institución.

Son beneficiarios directos del asegurado voluntario, los siguientes dependientes:

- La esposa(o), la (el) conviviente, del(a) trabajador(a) asegurado(a) en los registros de la Caja Petrolera de Salud.
- Hijo(s) menores de 19 años.
- Hijos de 19 a 25 años en aplicación del D.S. 02686 del 28 de agosto de 2008.
- El padre y la madre, siempre que no dispongan de otras personas para su subsistencia.
- Los hermanos, en las mismas condiciones de edad que los hijos siempre que sean huérfanos o hijos de padres comprendidos en el inciso anterior, que no perciban rentas y que vivan en el hogar del asegurado.
- Nietos y otros que la Ley determine.

Para la afiliación del Asegurado Voluntario y sus beneficiarios, remítase a lo establecido en el Reglamento del Seguro Voluntario.



Caja Petrolera de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



30.1 Requisitos Para la Afiliación al Seguro Voluntario.

- Solicitud de Afiliación al Seguro Voluntario, dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Examen Médico de Ingreso realizado al titular del seguro.
- Certificado de Nacimiento original.
- Certificado de Nacimiento original de la esposa o hijos menores de 19 años.
- Fotocopia del Carnet de Identidad (con firma).
- Certificado de Matrimonio o Libreta de Familia (original y fotocopia).
- Croquis de ubicación del domicilio del Asegurado con el número de teléfono.
- Fotocopia de factura de luz o agua.
- FORM -101 de No Afiliación en otro Ente Gasto (rescaber de Afiliaciones de la C.P.S. con sus documentos).
- 2 fotografías tamaño 2,5 cm x 2,5 cm fondo rojo (para uso en la implementación del proyecto de participación, Afiliaciones con foto fotografía digital).

30.2 Requisitos para Renovación de Contrato de Seguro Voluntario.

- Solicitud de renovación del contrato del Seguro Voluntario, dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad (Con firma y fecha actual).
- Croquis de ubicación del domicilio del Asegurado con el Número de teléfono.
- Fotocopia de factura por Servicio de energía eléctrica o agua potable.
- Fotocopia del último control de Seguro Voluntario.
- Fotocopia del último pago de aportes.

30.3 De los Garantes.

- Presentación de dos garantes afilados a la Caja Petrolera de Salud (trabajadores activos).
- Fotocopia del carnet de asegurado.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad (Con firma y fecha actual).
- Croquis de ubicación del domicilio de los garantes y Número de teléfono.
- Fotocopia de factura por servicio de luz y agua.

En caso de que el Asegurado Voluntario efectúe el pago por adelantado mínimo de un año, no requiere de garantes.

**Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros****"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"****NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES****NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES****NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SEGURO VOLUNTARIO****OBJETIVO DEL PROCESO:**

Gestionar la afiliación a la Caja Costarricense de Seguro Social de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, Trabajadores, Beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Director, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Costa Rica y otras disposiciones conexas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Informa a las personas naturales sin dependencia laboral sobre los requisitos para acceder al Seguro Voluntario. 2. Revisa los documentos establecidos en los requisitos de Afiliación del Seguro Voluntario. 3. Una vez revisado da su visto bueno para la presentación de los documentos al Administrador Departamental, Regional Zonal o Sub Zonal. 4. Autoriza al Asegurado Voluntario el pago en caja para la suscripción del examen médico de ingreso.	1 Hora 1 Hora 1 Hora 1 Hora	Requisitos para la afiliación Documentos para la afiliación Documentos para la afiliación Formulario
2	Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe los documentos de afiliación al Seguro Voluntario y remite a la Unidad de Asesoría Legal para la suscripción del Contrato.	1 día	Documentos para la afiliación
3	Sección Caja de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Con la autorización de afiliaciones cambia el depósito bancario por la factura, verificando que el importe sea el valor establecido para el Examen Médico de Ingreso del Asegurado Voluntario. 2. Registra en el sistema de Caja.	1 Hora	Formulario, Boleta de depósito bancario y Factura



Caja Costarricense de Seguro Social

OFICINA DEL DIRECTOR
HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMO	DOCUMENTOS
4	Medicina del Trabajo o TRABAJADOR asignado	- El Asegurado Voluntario se presenta con la factura emitida por Caja, para la programación de hora y hora para la toma de pruebas de laboratorio y placa de rayos X de tórax PA. - Con los resultados de laboratorio y placa de rayos X de tórax PA, realiza la evaluación médica. - Remite el Certificado del Examen Médico de Ingreso a Asesoría Legal.	1 hora 1 hora 2 días	Formulario SCL 04 Factura Resultados de lab Rayos X Certificado médico Resultados de Lab Rayos X
5	Asesoría Legal Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	- Recibe la documentación, elabora y suscribe el contrato con el Asegurado Voluntario, sus Garantes Solidarios y el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal, en original y seis copias, que serán distribuidos de la siguiente manera: - El original del contrato y documentación de respaldo, remite a Afiliaciones para el registro en el sistema y la afiliación correspondiente. - Una copia para archivo de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal. - Una copia a Cotizaciones para el control de los aportes mensuales. - Una copia para el Asegurado Voluntario. - Una copia para cada uno de los Garantes Solidarios. - Una copia para el archivo de Asesoría Legal.	5 días 1 día	Documentos para la afiliación Documentos para la afiliación y control
6	Afiliaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	- Recibe el contrato y los documentos para su registro en el Sistema de Afiliaciones, de acuerdo a: PARA LA EMISIÓN DEL CARNET DE SEGURO - Matrícula del Asegurado Voluntario. - Nombres y Apellidos. - Número Patronal para Asegurados Voluntarios. - Número de Cédula de Identidad. - Fecha de ingreso. - Fecha de alta. - Fecha de Carnetización. - Fecha de retiro. - Fecha de baja. - Dirección. PARA EL COBRO DE APORTES MENSUALES En la opción Datos de Empresa, registrar:	1 día 1 día	Documentos para la afiliación y control Documentos para la



PAVAN PABSON
 11/11/2012
 11/11/2012
 11/11/2012

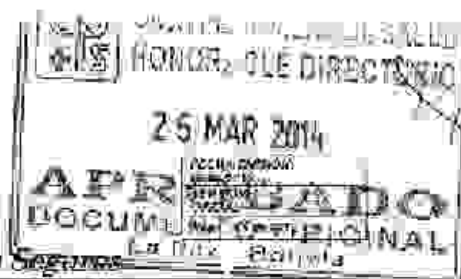
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMO	DOCUMENTOS
		a. Matrícula del Asegurado Voluntario b. Nombres y Apellidos (respetar en su totalidad) c. Fecha de ingreso d. Fecha de retiro e. Dirección f. Teléfono g. Siéntese solidarios 2. Registra los datos del Asegurado Voluntario en el CARNET DE ASEGURADO FORM-07, en el que se consignará los siguientes datos: a. 3 fotografías tamaño 2,5 cm. x 2,5 cm., fondo rojo. (Una vez iniciada la implementación del proyecto de carnización, Afiliaciones tomará la fotografía digital) b. Número de Matrícula c. Nombre completo del asegurado d. Clasificación de Asegurado(a) e. Denominación del Seguro f. Distrito g. Número de historia clínica (en las Administraciones Departamentales Regionales, Zonales o Sub Zonales que correspondan) h. Número de documento de identidad del asegurado i. Lugar y fecha de emisión del Carnet del Asegurado j. El día del Carnet del Asegurado debe registrar las iniciales del operador que elabora el documento Nota: A partir de la emisión del Carnet de Asegurado (fecha de Carnización), se habilita el derecho para la afiliación de beneficiarios 3. Remite a la Unidad Médica, el original del Certificado Médico de Ingreso y los resultados de laboratorio Rayos X PA de Tórax y fotografía, para la apertura de la Historia Clínica del Asegurado Voluntario	3 días	Afiliación del asegurado
7	Encargado de la Administración Departamental Regional Zonal o sub Zonal	1. Revisa, firma y sella el Carnet de Beneficiario (si de acuerdo a demanda, en el (la) (los) se designan las funciones a o los trabajadores auxiliares que sean necesarios)	1 hora	Carnet Asegurado
8	Afiliaciones Departamental	1. Entrega el Carnet al Asegurado Voluntario	1 hora	Carnet Asegurado



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
	Regional Zonal o Sub Zonal			



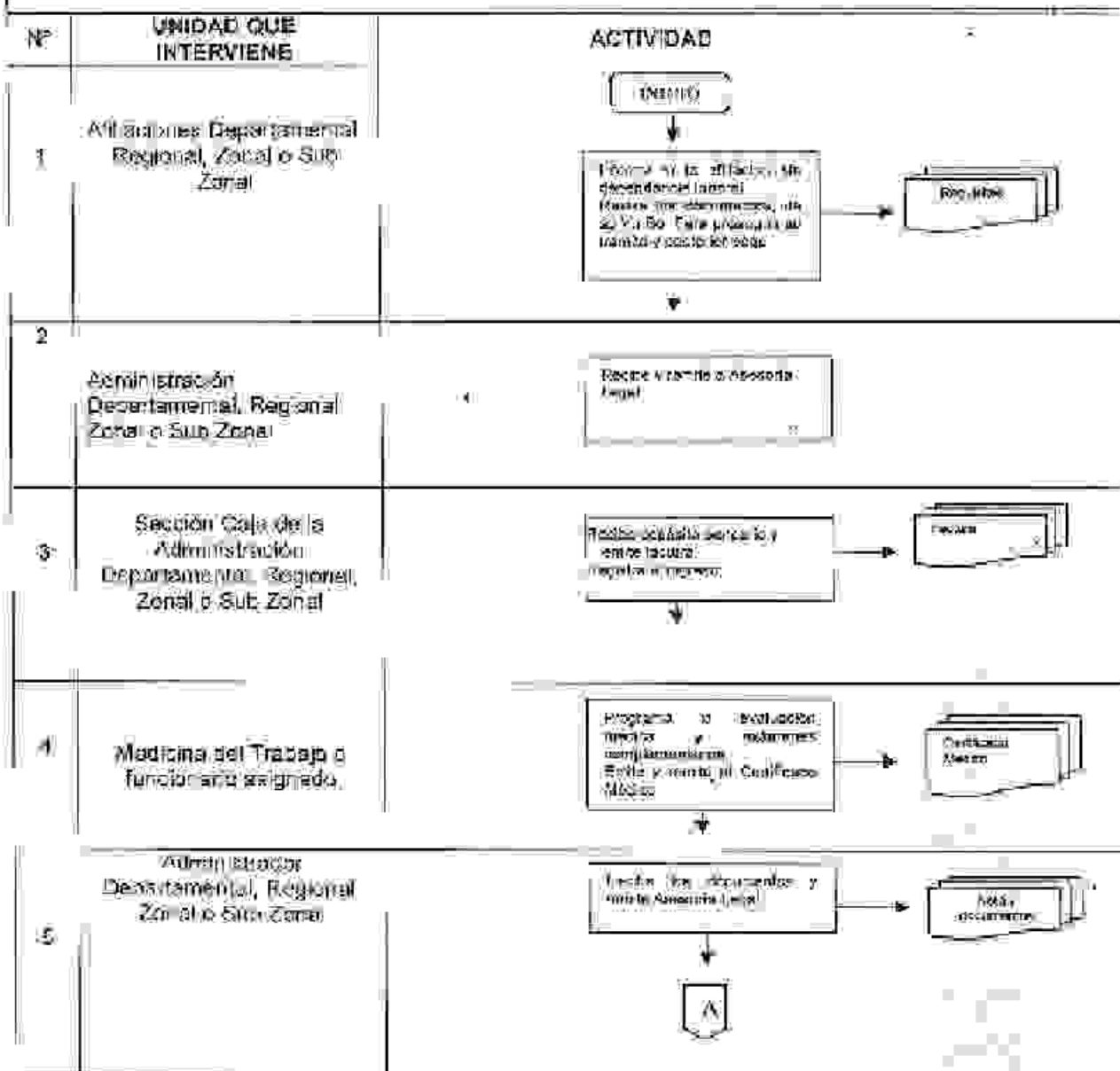
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: AFILIACIÓN DEL SEGURO VOLUNTARIO





Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Ministerio de Salud
HONORARIO DIARIO

25 MAR 2014



APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
104	Asesoría Legal Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	<pre> graph TD Start([Inicio]) --> Review[Revisión de documentos] Review --> Decision{Cumple?} Decision -- No --> Control[Ejecución controlada] Decision -- Sí --> Report[Informe] Control --> Report </pre>
Y	Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	<pre> graph TD Review[Revisión de la asesoría legal] --> Report[Informe] </pre>
B	Afiliaciones Administrador Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	<pre> graph TD Process[Procesamiento de afiliaciones] --> Report[Informe] </pre>
B	Encargado de Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	<pre> graph TD Review[Revisión de afiliaciones] --> Report[Informe] </pre>
B	Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	<pre> graph TD Process[Procesamiento de afiliaciones] --> Report[Informe] </pre>



CAPÍTULO SEPTIMO

DE LOS FORMULARIOS DE AFILIACIÓN

31. Uso y Desglose de Formularios

31.1 AFIL-01 "Aviso de Afiliación del Empleador"

Que deberá llenar el Empleador necesariamente en un original y tres copias, las cuales se destinarán en el siguiente orden:

- Original con destino al sobre del Empleador Oficina Nacional
- Primera copia con destino a Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal según corresponda.
- Segunda copia con destino a la Empresa o Institución.
- Tercera copia con destino a Colecciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal según corresponda.

31.2 AFIL-02 "Carnet del Empleador"

Se emitirá en un original y tres fotocopias que serán distribuidos de la siguiente forma:

- Original con destino a la EMPRESA o INSTITUCIÓN.
- Original con destino a archivo al sobre del Empleador de Oficina Nacional.
- Una fotocopia simple con destino al sobre del Empleador de Oficina Nacional.
- Una fotocopia simple a Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal según corresponda.
- Una fotocopia simple a Colecciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal según corresponda.

31.3 AFIL-03 "Aviso de Novedades del Empleador"

Se emitirá en un original y tres copias cuya distribución es la siguiente:

- Original a Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal según corresponda.
- Primera copia a Afiliaciones de Oficina Nacional para su archivo en el Sobre del Empleador.
- Segunda copia a Colecciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal según corresponda.
- Tercera copia para la Empresa o Institución.

31.4 AFIL-04 "Aviso de Afiliación del Asegurado"

Se emitirá un original y dos copias, cuya distribución es la siguiente:

- Original al sobre laboral del trabajador para Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal según corresponda.
- Primera copia con destino a la Empresa o Institución.
- Segunda copia para el trabajador.

31.5 AFIL-05 "Aviso de Baja del Asegurado"

Se emitirá un original y dos copias, cuya distribución es la siguiente:



INASES

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

APPROBADO

DOCUMENTO ORIGINAL

- a) Original al sobre laboral del trabajador para Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal según corresponda
- b) Primera copia para con destino a la Empresa o Institución
- c) Segunda copia para el trabajador

31.6 AFIL-06 "Aviso de Transferencia del Asegurado"

Se genera un original y dos copias, cuya distribución es la siguiente:

- a) Original al sobre laboral del trabajador para Afiliaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal según corresponda
- b) Primera copia para con destino a la Empresa o Institución
- c) Segunda copia para el trabajador

Los formularios que tengan acuse será bajo estudio técnico (jurídico y respaldado por normativa nacional y aprobada por la instancia competente.

CAPÍTULO OCTAVO

DESAFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN DE EMPRESAS

De la Desafiliación y Reafiliación.

Para la desafiliación y Reafiliación de Empresas, las Empresas e Instituciones deberán registrarse al REGLAMENTO ESPECÍFICO DE AFILIACIÓN, DESAFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN EN EL SEGURO SOCIAL DE CORTO PLAZO, emitido por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) basado en el D.S.24540.

**CAPÍTULO NOVENO****ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN**

1. Procedimiento para el Archivo de Sobres del Empleador, del Trabajador y documentos en las Administraciones Departamentales, Regionales, Zonales o Sub Zonales

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"				
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES				
NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES				
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ARCHIVO DE DOCUMENTOS				
OBJETIVO DEL PROCESO: Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, trabajadores, beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.				
ALCANCE: NIVEL NACIONAL, ÁREA ADMINISTRATIVA				
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN): Honorable Directorio, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.				
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO): Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.				
Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1.	Afiliaciones, administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	Los Sobres del Empleador deben ser archivados de acuerdo a: a) Sobres del Empleador de Empresas o Instituciones activas. En orden alfabético de acuerdo a la razón social de la Empresa o Institución. b) Sobres del Empleador de las Empresas o Instituciones con Baja Temporal o Definitiva. Deben estar en orden alfabético en un espacio físico diferente al de los sobres del Empleador de Empresas o Instituciones activas. c) Sobres de los trabajadores Activos. Deben estar archivados en orden alfabético, primero por Empresas, y dentro de Empresas en orden alfabético por trabajadores. d) Sobres de los trabajadores con baja. Deben estar en orden alfabético y en un ambiente diferente al de los sobres de los trabajadores activos.	1 día	Sobre del Empleador con documentos para la afiliación



caja petrolera de salud

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

2. Procedimiento para el Resguardo de los Sobres del Empleador Para la Sección Nacional de Afiliaciones

"DESCRIPCION DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: AFILIACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: RESGUARDO DE LOS SOBRES DEL EMPLEADOR PARA AFILIACIONES DE OFICINA NACIONAL

OBJETIVO DEL PROCESO:

Gestionar la afiliación a la Caja Petrolera de Salud de Empresas, Instituciones, Entidades y Asegurados Voluntarios, Trabajadores, Beneficiarios, Rentistas y otros, a través de procesos y procedimientos uniformes y estandarizados a nivel nacional.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Honorable Directorio, Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros Jefes y Responsables de Control de Empresas, afiliaciones y cotizaciones.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones correlatas.

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Afiliaciones en Oficina Nacional	Mediante nota remite al Sobre del Empleador con todos los documentos de respaldo y determinando si corresponde a Empresas activas, Empresas con baja temporal o definitiva al Archivo de Gestión dependiente del Departamento Nacional de Seguros para su resguardo y custodia.	1 día	sobre del Empleador con documentos de la afiliación



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

CAPÍTULO DÉCIMO

EMISIÓN DE REPORTES EN AFILIACIONES

1. De la Emisión de los Reportes

1.1. De Los Reportes Mensuales. Los reportes mensuales de Afiliaciones se clasifican en:

- Reportes Mensuales de Altas:** Es el reporte que nos permite conocer el Número de Ingresos (Titulares y Beneficiarios) registrados en un determinado periodo, clasificado en detalle por Empresas.
- Reporte Mensual de Bajas:** Es el reporte que nos permite conocer el Número de Bajas (Titulares y Beneficiarios) registrados en un determinado periodo, clasificado en detalle por Empresas.
- El Reporte Mensual de Bajas,** debe ser remitido a la Unidad de Admisión y Fichaje, para la depuración de las historias clínicas de los trabajadores dados de baja en ese periodo.
- Cuadro Mensual de Altas y Bajas:** Es el reporte que nos permite conocer el Número de Ingresos y Retiros registrados en un determinado periodo, en mismo esta ordenado de acuerdo a la Clasificación de Empresas establecida en el sistema de afiliaciones.
- Cuadro Etéreo Mensual:** Es el reporte que nos permite conocer el número de Afiliados (Titulares y Beneficiarios) clasificados por grupos etéreos y por sexo, registrados en un determinado periodo.

Los reportes mensuales (Cuadro Mensual de Altas y Bajas y Cuadro Etéreo y por sexo), deben ser presentados a la Dirección Nacional Administrativa Financiera, vía el Administrador Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal, hasta el día 10 de cada mes, de acuerdo al formato establecido en el Sistema de Afiliaciones.

1.2. De los Reportes Anuales. Los reportes anuales de afiliaciones se clasifican en:

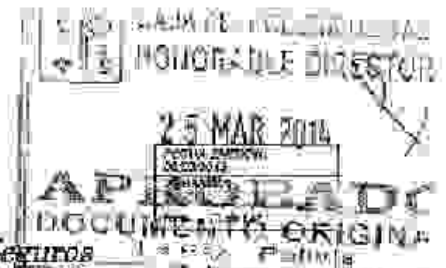
- Detalle anual de Asegurados y Beneficiarios:** Es el reporte que nos permite conocer el número de Titulares y Beneficiarios, registrados en una gestión, detallados por Empresas.
- Cuadro Anual de Altas y Bajas:** Es el reporte que nos permite conocer el número de Ingresos y Retiros registrados en una gestión, clasificados por Empresas.
- Cuadro Etéreo Anual:** Es el reporte que nos permite conocer el número de Afiliados (Titulares y Beneficiarios) clasificados por grupos etéreos y por sexo, registrados en una gestión.

Los reportes anuales (Cuadro Anual de Altas y Bajas y Cuadro Etéreo Anual y por sexo), deben ser presentados a la Dirección Nacional Administrativa Financiera vía el Administrador Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal, y de acuerdo a requerimiento de la Sección Nacional de Afiliaciones de acuerdo al formato establecido en el Sistema de Afiliaciones.



caja patrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



- 1.2 Reportes a Requerimiento de Empresas, Instituciones y/o Carteras del Estado
Los reportes de Asegurados Activos o de Asegurados y beneficiarios solicitados por las Empresas o Instituciones aseguradas a la Caja Patrolera de Salud, serán proporcionados a las mismas, de acuerdo a los Reportes establecidos en el Sistema de Afiliaciones

CAPÍTULO DÉCIMO PRIMERO

FORMULARIOS

1. Del Valor de los Formularios

- Formulario de Afiliación del Empleador AFIL-01
- Carnet del Empleador AFIL-02
- Aviso de Novedades del Empleador AFIL-03
- Aviso de Afiliación del Asegurado AFIL-04
- Aviso de Baja del Asegurado AFIL-05
- Forma de Transferencia del Asegurado AFIL-06
- Carnet de Asegurado AFIL-07 (emitido por primera vez y en caso de renovación)
- Aviso para Pago de Familias (familiares) AFIL-08
- Autorización para examen médico del Seguro Voluntario

El formulario AFIL-07 CARNET DE SEGURO, no tendrá costo alguno a Nivel nacional, salvo el extravío o pérdida del carnet del asegurado que tendrá costo al solicitar su duplicado.

[Handwritten signature]
Ministro de Salud y Protección Social
Bogotá, D.C.



ANEXOS DE AFILIACIONES



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



CITE:.....

CERTIFICADO DE NO ADEUDOS (BAJA TEMPORAL, DEFINITIVA O CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL)

La Administración = = = = = de la Caja Petrolera de Salud a solicitud escrita del (la) Sr (a) Representante Legal de la Empresa/Institución fundamentado en las certificaciones de las Unidades de acuerdo al siguiente detalle:

UNIDAD	CITE	FECHA
Afiliaciones		
Cotizaciones		
Control de Empresas (Oficina Nacional y en las Administraciones donde exista)		
Contabilidad		
Asesoría Legal		

Se establece que la Empresa/Institución: x con Número (s) de Empleador fue afiliada a la Caja Petrolera de Salud en fecha a la fecha **NO TIENE** Asegurados activos cuyo último Aporte al Seguro de Salud a Corto Plazo, corresponde al mes de de **NO** mantiene deuda inscrita en el sistema contable y **NO** tiene procesos coactivos sociales.

Por consiguiente la Caja Petrolera de Salud,

Certifica que:

LA EMPRESA/ INSTITUCIÓN.....

A LA FECHA NO TIENE DEUDA PENDIENTE DE PAGO POR APORTES EN LA ADMINISTRACIÓN.....

Es cuanto certifico en honor a la verdad para fines que en derecho le corresponda al interesado.

Lugar y fecha de emisión:.....

(firma y sello)
Jefe de Control de Seguros
o Autoridad Competente
en las Administraciones

(firma y sello)
Jefe Administrativo
Financiero en las
Administraciones

(firma y sello)
Administrador en las
Administraciones



2000年10月10日
 2000年10月10日
 2000年10月10日
 2000年10月10日

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



N° 09001
(Declaración)

Administration

IN:Employer

DATOS DE LA EMPRESA

[illegible]

ORGANIZACION DE LA EMPRESA

Indirizzo Legale	Indirizzo Effettivo	Provincia	Val	Località
prova/azione		Acquedotto/Canale	NA	Edificio
per relazione (s)	URBAN	Canale di irrigazione		Rapporto d'uso
comunità del Contrasto Lavoro (A e n.d.d.)				
Espresso personale		Insediamento		Località
zona/hanno		Acquedotto/Canale	NA	Edificio
NE Testamento	NE Testamento	Canale di irrigazione		

DATE OF RECEIPT: 01/11/2011

[illegible]

ENTOS PARA PAGO DE ABORTOS

Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento:
 Nacionalidad:
 Mes y año del primer control a la C.P.S.:

CITROUS POTESTS

Un'impresa che non aderisce a detto ente garantisce:

LUGAR, FECHA Y RESPONSABLE DE LA DECLARACION JURADA:

Logar de la Oculación de Jureta:	Logar de la Oculación de Jureta:	Logar de la Oculación de Jureta:
Forma Representativa de la Oculación de Jureta:	Forma Representativa de la Oculación de Jureta:	Forma Representativa de la Oculación de Jureta:

PARA SER LLENADO POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Identificado por:	Representa por:	Validado por:	Aprobado por:
Firma y Sello FRENTEARIO DE APLICACIONES	Firma y Sello ADMINISTRADOR	Firma y Sello JEFE AREA DE APLICACIONES	Firma y Sello JEFE DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD
El presente documento es propiedad de la Empresa y debe ser guardado en un lugar seguro. Toda copia no autorizada será sancionada. Este documento es válido para el personal de la Empresa y no debe ser prestado a terceros. Toda violación de esta política será sancionada. Este documento es válido para el personal de la Empresa y no debe ser prestado a terceros. Toda violación de esta política será sancionada.			



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



caja petrolera de salud

FORM. AFIL - 02

Administración:

CARNET DEL EMPLEADOR

Número del Empleador

Nombre o Razón Social de la Empresa o Institución

Sigla o Abreviatura

Mes y año de la última Cotización a la C.P.S.

Tasa de Aporte 10%

La Paz, 20.....

DIRECCIÓN NACIONAL
ADMINISTRATIVA FINANCIERA

DIRECCIÓN GENERAL
EJECUTIVA

NOTA:

Este es el Formulario administrativo número 1, de la Caja Petrolera de Salud para el control de afiliados. El mismo debe ser llenado por el afiliado o representante legal de la empresa o institución de afiliados, en el momento de la inscripción. El Formulario debe ser llenado en el momento de la inscripción.

Este Formulario es propiedad de la Caja Petrolera de Salud y no debe ser vendido.

El Formulario debe ser llenado en el momento de la inscripción.



caja petrolera de salud

PROCESO
CARGA
FORMA
LUGAR
FECHA

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



caja petrolera de salud AVISO DE NOVEDADES DEL EMPLEADOR

FORMA: 00001
(Declaración Jurada)

NOMBRE RAZÓN SOCIAL: N° DEL EMPLEADOR:

ADMINISTRACIÓN: N° DE N.I.T.:

DATOS A MODIFICAR

Nueva Razón Social:

Sigla:

Nueva Domicilio Legal: ☐

Centro de Trabajo: ☐

Localidad (Ciudad) Barrio (Zona) Dirección

Telefono Fax Correo electrónico Página Web

Nuevo

Representante Legal:

Nombre y Apellido: Manera de Contactar de Identidad

Domicilio del Rep. Legal:

Localidad (Ciudad) Correo/Barrio Dirección (Avenida/Calle) No.

N° Teléfono N° Fax Correo electrónico

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES:

TEMPORAL ☐ DEFINITIVA ☐

FECHA DE SUSPENSIÓN A PARTIR DE:

FECHA DE REINICIACIÓN DE ACTIVIDADES:

NUEVO LUGAR DE PAGO DE APORTES:

CURP DEPARTAMENTO

A PARTIR DEL MES DE:

OTRAS MODIFICACIONES:

Lugar y Fecha:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Recibido por:

Firma Sello de la Empresa o sus Representantes

Firma y sello de Autorización

Nota: con modificación sobre esta información, por la misma persona, en un mismo día.

Edición: 01/2010
Lugar: Bogotá

Edición: 01/2010
Lugar: Bogotá



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

AFILIACIÓN
DOCUMENTO ORIGINAL

	caja petrolera de salud		FORM ASP-SA																																																																										
	AVISO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR		Nº 000001 (de la acción/uraria)																																																																										
Administración:																																																																													
Nombre o Razón Social:		Nº del EMPLEADOR:																																																																											
Lugar de Afiliación Social:																																																																													
Municipio		Provincia	Departamento																																																																										
DATOS DEL TRABAJADOR(A)																																																																													
<table border="0"> <tr> <td colspan="2">Nombres</td> <td colspan="2">Apellido Paterno</td> <td colspan="2">Apellido Materno</td> </tr> <tr> <td colspan="2">.....</td> <td colspan="2">.....</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha de Nacimiento:</td> <td colspan="2">Sexo: ☐ M. ☐ F.</td> <td colspan="2">Nacionalidad:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td>Localidad</td> <td>Departamento</td> </tr> <tr> <td colspan="2">.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sexo: ☐ F. ☐ M.</td> <td colspan="2">Domicilio:</td> <td colspan="2">(Calle, Calle No)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha de Ingreso:</td> <td colspan="2">Categoría/Cargo:</td> <td colspan="2">Ejec. Versus:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2">.....</td> <td colspan="2">.....</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Observaciones:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Lugar y Fecha:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">PARA USO INTERNO DE LA CAJA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Firma del Responsable:</td> <td colspan="2">Firma y sello de Afiliación:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Firma</td> <td colspan="2">Firma y sello de Afiliación</td> </tr> </table>				Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno								Fecha de Nacimiento:		Sexo: ☐ M. ☐ F.		Nacionalidad:		Día		Mes	Año	Localidad	Departamento							Sexo: ☐ F. ☐ M.		Domicilio:		(Calle, Calle No)		Fecha de Ingreso:		Categoría/Cargo:		Ejec. Versus:		Día		Mes	Año									Observaciones:				Lugar y Fecha:				PARA USO INTERNO DE LA CAJA				Firma del Responsable:		Firma y sello de Afiliación:		Firma		Firma y sello de Afiliación	
Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno																																																																									
.....																																																																													
Fecha de Nacimiento:		Sexo: ☐ M. ☐ F.		Nacionalidad:																																																																									
Día		Mes	Año	Localidad	Departamento																																																																								
.....																																																																													
Sexo: ☐ F. ☐ M.		Domicilio:		(Calle, Calle No)																																																																									
Fecha de Ingreso:		Categoría/Cargo:		Ejec. Versus:																																																																									
Día		Mes	Año																																																																										
.....																																																																													
Observaciones:																																																																													
Lugar y Fecha:																																																																													
PARA USO INTERNO DE LA CAJA																																																																													
Firma del Responsable:		Firma y sello de Afiliación:																																																																											
Firma		Firma y sello de Afiliación																																																																											

Origen: 0170-00011 0000011 0000000000

Procedo: 00000000

Procedo: 000000000000



caja petrolera de salud

FORMULARIO:
000001
000001
000001
000001

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



caja petrolera de salud AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR

FORMULARIO: 000001
000001
000001
000001

Administración:	
Membrete Razón Social:	Nº DEL EMPLEADOR:
Lugar de Actividad Laboral:	
Código:	Provincia:
Departamento:	
DATOS DEL TRABAJADOR(A)	
Nombre:	Apellido Paterno:
Apellido Materno:	Nacionalidad:
Nació en:	País:
Sexo:	Edad:
Fecha de Ingreso:	Ocupación/Puesto:
Salario Mensual:	Salario Mensual:
Motivo de la Baja o Retiro:	Observaciones:
Lugar y Fecha:	
PARA USO INTERNO DE LA CAJA	
Nombre del Responsable:	Recibido por:
Firma:	Firma y sello de Afiliación:

Original: 000001
Para Copia: 000001
Código: 000001

25 MAR 2014



caja petrolera de salud

DOCUMENTO ORIGINAL

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

	caja petrolera de salud PARTE DE TRANSFERENCIA DEL TRABAJADOR		FORM. APL-06 N° 000001
	Administración: _____		
Nombre o Razón Social de la Empresa o Institución: _____			
N° DEL EMPLEADOR: _____			
Lugar de Actividad Laboral: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Departamento: _____			
DATOS DEL TRABAJADOR (A)			
Nombres: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____			
Nació en Fecha: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Localidad: _____ Departamento: _____ Nacionalidad: _____			
Sexo: F ☐ M ☐ Domicilio en: _____			
Fecha de ingreso a la empresa o institución: _____ Lugar: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
Transferido a: _____ N° DEL TRABAJADOR: _____ Lugar (Administración): _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
Observaciones: _____			
Lugar y Fecha: _____			
PARA USAR INTERNO DE LA CAJA			
NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____		Razón por: _____	
Firma: _____ Saliente la Empresa o Institución		Firma y sello de Acreditación	

Original: 3 Ejemplares (1 para el personal de la Caja Petrolera de Salud)
 Sin Costo: Indica
 2da Copia: Empresa o Institución



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

FORM. AFIL 07:		
caja petrolera de salud		
	Mat. N°	
	Nombre	Apellido Paterno
	Apellido Materno	Parentesco con Asegurado
	Empresa	Distrito
	Nombre Completo Asegurado	Mátrícula Asegurado
Número Hist. Clínico	Firma Autorizada	CI Aseg./Emp.
Expedido en fecha	Señor Asegurado, si lo beneficiario para solicitud de reconocimiento, este formulario llevar al respectivo sello de "control de Vigencia de Derechos"	



caja petrolera de salud



HONORABLE DIRECCIÓN

25 MAR 2014

APROBADO
DIRECTOR GENERAL

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



caja petrolera de salud

AVISO PARA PAGO DE SUBSIDIOS FAMILIARES

FORM-AMF-03

Señores

Prezada(s)

PAGO DE SUBSIDIOS FAMILIARES

De conformidad a los D.S. 21557-Art. 25 y D.S. 22750-Art. 2 de 25-6-87 y D.S. 51 respectivamente y habiendo cumplido con los requisitos exigidos por Afluentes, procedemos a pagarle los subsidios siguientes:

ASEGURADO

MATRÍCULA

SUBSIDIO DE NATALIDAD Bs., por el nacimiento de su hijo(a).

MATRÍCULA

SUBSIDIO DE LACTANCIA Bs. Mensual a entregarse en ESPECIE (productos lácteos nacionales, conforme a las citadas disposiciones) a partir de hasta a favor de su hijo(a).

MATRÍCULA

SUBSIDIO DE SEPELIO Bs., por el fallecimiento de su hijo(a).

MATRÍCULA

Con esta motivo saludamos a Uds. Atentamente

FIRMA Y SELLO AFILIANTES

Original: Empresa afiliación

Las Copias: Afluentes Negatos-Nada, Registros, Zonal y Sub Zonal

Zona Copia: Inexistente



Caja Costarricense de Seguro Social

USUARIO
OTRO
USUARIO

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Caja Costarricense de Seguro Social
Administración

APR - 09

HOJA DE AFILIACIÓN E IDENTIFICACIÓN

MATRÍCULA	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	FECHA AFIL.	FECHA AFIL.	NÚMERO ASESORADO
NOMBRE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
DIRECCIÓN				C.I.	FOTO
GRUPO SANGÜINEO	FIRMA DEL ASEGURADO				

BENEFICIARIOS

MATRÍCULA	NOMBRE COMPLETO			RELACION	FECHA AFIL.	FOTO
	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO			

Affiliación (Firma y Sello)

Administración

Caja Costarricense de Seguro Social



25 MAR 2018

APPROVED
DOCUMENT ORIGINAL

• $1 \text{ kg} = 1000 \text{ g}$

**FORMULARIO DE INSPECCIÓN**

● 2014 年 12 月 1 日起实施

[illegible][illegible][illegible]

OF PARTIAL INFORMATION AVAILABLE TO THE PUBLIC FROM THE COMBUSTION REPORT	
MICROSCOPE M. A. MILLERSON UNIVERSITY OF TORONTO TORONTO, CANADA	
TELEPHONE:	(416) 978-1000
FACSIMILE TELEPHONE:	

FORMA A - CATEGORIA		FORMA B - CATEGORIA		FORMA C - CATEGORIA	
ANEXO	CONTEÚDO	CONTEÚDO	CONTEÚDO	CONTEÚDO	CONTEÚDO
ANEXO A - CATEGORIA A	CONTEÚDO A	CONTEÚDO B	CONTEÚDO C	CONTEÚDO D	CONTEÚDO E
ANEXO B - CATEGORIA B	CONTEÚDO A	CONTEÚDO B	CONTEÚDO C	CONTEÚDO D	CONTEÚDO E
ANEXO C - CATEGORIA C	CONTEÚDO A	CONTEÚDO B	CONTEÚDO C	CONTEÚDO D	CONTEÚDO E

5. EXPENSES TRANSACTIONS	NUMBER	NUMBER	TOTAL
6. TRANSACTIONS IN PLACE			
7. TRANSACTIONS IN CONTINGENCY			
TOTAL			

5) Describe the environment. How
 does it affect the
 system? How does it
 affect the system?
 How does it affect the
 system? How does it
 affect the system? How
 does it affect the system?

[illegible][illegible]

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

SECRET

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED EXCEPT WHERE SHOWN OTHERWISE BY THE FOLLOWING:

DATE 08-09-2007 BY 60322 UCBAW/BJS

REASON: E.O. 13526, § 1.4

© 2000 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This book is printed on acid-free paper.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

111. WATERWAY AND TRANSPORTATION DEVELOPMENT OF THE STATE OF TEXAS

INSTRUMENT 74011 & 24011A, F. No. 105-Y-51, 1965-66, PARTIAL INCOME TAX RETURN.

[illegible]

14-00000



Caja Petrolera de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

FECHA DE EMISIÓN:	
REVISIÓN:	
USUARIO:	
APROBADO:	

FORM - 101

SOLICITUD INFORMACIÓN DE AFILIACIÓN DE EMPRESAS

Distinguidos Señores:

Agradecemos a ustedes proporcionar información para el inicio del trámite de afiliación de Empleados a la CPE en la Administración Departamental Regional Especial de Salud (ARSA), y acordamos que si la Empresa citada más adelante, se encuentra afiliada en la Entidad Gestora de Salud.

Razón Social de la Empresa			Fecha de Inicio de Actividades		
EMPRESA	AFILIADO		SELLO DE EMTE GESTOR	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	FECHA
	SI	NO			
Caja Petrolera de Salud					
Caja de Salud de la Marina Armada					
Caja Petrolera de Salud					
Caja de Salud de Transportes					
Caja de Salud de COTEC					
Seguros Sociales Universitario					
Seguros					
Seguros Seguros S.A.C					
Seguros Médico Polaris					
Seguros					

Agradecemos a usted la atención y colaboración

(Lugar y Fecha)

Affiliaciones (Firma y sello)
Administración
Caja Petrolera de Salud

MANEJO DE FIRMAS Y SELLOS
ADMINISTRACIÓN DE LA CAJA PETROLERA DE SALUD



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



TITULO TERCERO

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE COTIZACIONES

CAPITULO PRIMERO

ASPECTOS GENERALES

1. Definición

De acuerdo a lo establecido en el Código de Seguridad Social, Reglamento y disposiciones complementarias todos los Empleadores (persona natural o jurídica) sujetos al campo de aplicación del Código de Seguridad Social, deben pagar mensualmente las cotizaciones (Aportes del Seguro de Salud de Corto Plazo) patronales, en un plazo máximo de 30 días de vencida la mensualidad correspondiente y 60 días para las Empresas Mineras y Petroleras de acuerdo al Numeral II del Artículo 2 del D.S. 25714.

El pago de las cotizaciones se hará al momento de la presentación de la Liquidación Mensual de Aportes COT-01 adjunto los documentos de respaldo sin ninguna deducción.

El Área funcional de Cotizaciones es responsable de recepcionar, revisar, liquidar y controlar la Liquidación Mensual de Aportes – Formulario COT-01, sobre la base de las Planillas de Sueldos y Salarios, Planillas de Incapacidad Temporal, Certificado de Incapacidad Temporal y otros presentados por los Empleadores y Asegurados Voluntarios afiliados a la Caja Petrolera de Salud de acuerdo al Artículo 63 del D.L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo del 2010).

La Liquidación Mensual de Aportes – Formulario COT-01, se constituye para la Caja Petrolera de Salud en una Declaración Jurada que los Empleadores o Asegurados Voluntarios a Pe de Joramento declara fehacientemente que los datos consignados en las Planillas de Sueldos y Salarios procesadas por el Empleador y Asegurados Voluntarios son legales, de evidenciarse falsedad en los datos, será sancionado en aplicación al Código de Seguridad Social, su Reglamento y disposiciones conexas; en deslindar las responsabilidades establecidas por Ley, Artículo 68 del Decreto Ley 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

2. Objetivo

El presente Manual tiene como objetivo, uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos y legales en el área de Cotizaciones de la Caja Petrolera de Salud.

3. Etapas de Cotización

El Área de Cotizaciones consiste las siguientes etapas:

3.1. Inicial: Es la recepción, verificación y validación de aportes realizados por el Empleador y Asegurados Voluntarios sobre la base de la Liquidación Mensual de Aportes – Formulario COT-01, Planillas de Sueldos y Salarios (físico y en modo magnético), Planillas de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal presentados por los Empleadores o Asegurados Voluntarios afiliados a la Caja Petrolera de Salud.



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

3.2. **Proceso:** Liquidación y registro de aportes del Empleador y Asegurados Voluntarios, en el Sistema de Cotizaciones, para su posterior consolidación.

3.3. **Fin:** Generación de Estados Mensuales y Anuales de Aportes del Empleador y Asegurados Voluntarios.

3.4. **Control:** Constituye el control posterior del pago mensual de las cotizaciones patronales del Empleador y Asegurados Voluntarios para la conciliación entre Cotizaciones, Afiliaciones y Contabilidad de cada Administración Incluida Oficina Nacional.

4. NIVELES DE COORDINACIÓN Y EJECUCIÓN

4.1. Cotizaciones Oficina Nacional

Es la instancia normativa y de control, responsable de la consolidación de la información sobre las cotizaciones del Empleador, Asegurados Voluntarios y Rentistas a nivel nacional.

4.2. Cotizaciones de las Administraciones Departamentales, Regionales, Zonales o Sub – Zonales

Es la Unidad Operativa responsable de recibir, revisar y liquidar los Números Patronales del Empleador y Asegurados Voluntarios sobre la base de la Liquidación Mensual de Aportes, Formulario GQT – 01, Planillas de Sueldos y Salarios, Planillas de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal presentados por los Empleadores y Asegurados Voluntarios afiliados a la Caja Petrolera de Salud.

Cotizaciones coordina de manera permanente, continua y periódica con las Unidades de Control de Seguros, Control de Empresas, Afiliaciones, Contabilidad y Caja para efectivizar el control de las cotizaciones patronales del Empleador, Asegurados Voluntarios y Rentistas.

5. De la Liquidación y Pago de Aportes

Toda Empresa o institución afiliada a la Caja Petrolera de Salud, deberá aportar mensualmente una Cotización Patronal del 10% sobre el total ganado de la Planilla de Sueldos y Salarios de todos sus trabajadores, que será destinado al financiamiento del Seguro de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a Corto Plazo, de acuerdo a lo establecido en el artículo 3 de la Ley 524 y concordante con el Artículo 8 del D.S. 21807, los Asegurados Rentistas Públicos y Privados el 3% sobre el total de la Renta percibida de los Entes Gestores a Largo Plazo (SENASIR y A.F.F.S) entidades responsables de realizar la retención y presentación de las Planillas a la Caja Petrolera de Salud, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 12 del Reglamento de Desempeño Puntual a la Ley N° 1665 aprobado mediante el D.S. 822.

Para efectos de liquidación de cotizaciones patronales se considerarán los siguientes aspectos:

- Las cotizaciones declaradas por el Empleador se calcularán sobre la totalidad de las remuneraciones que perciben los trabajadores en el mes vencido, cualquiera sea su forma, monto, moneda, denominación o modalidad de pago. No están sujetos a cotización el aguinaldo de navidad, el segundo aguinaldo (Decreto Supremo N°1802 de 20 de Noviembre de 2013) y hasta dos guías anuales de acuerdo al Artículo 34 inc. a) del Reglamento Único de Afiliación y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo.

Las remuneraciones especiales pagadas por concepto de porcentaje, trabajo extraordinario, suplementario, a destajo, comisiones, sobresueldos, gratificaciones, servicios no personales, incentivos, honorarios, bonos y otros forman parte del total ganado del trabajador y son



caja petrolera de salud



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

polizables sin ninguna excepción, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 57 del Decreto Ley 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

- El importe de cotización por trabajador no debe ser inferior al salario mínimo nacional establecido por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social.
- En caso de que un Empleador pague a sus trabajadores importes inferiores al salario mínimo nacional, la cotización deberá ser realizada sobre un salario mínimo nacional en aplicación del Artículo 250 del Reglamento del Código de Seguridad Social - R.C.S.S., exceptuando aquellos trabajadores comprendidos en el Artículo 251 del R.C.S.S.
- El total de los días trabajados y cotizables, no debe ser inferior a los veinte (20) días mensuales, excepto por nuevas incorporaciones, retiro definitivo o ausencia temporal (bajas, comisiones, licencias al parento de hijos/as u otros debidamente justificados) del trabajador.

Para este efecto el Empleador deberá presentar el Formulario AFIL-05 AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO, con la justificación correspondiente en la casilla de observaciones.

- Cuando un asegurado preste servicios a dos o más Empleadores, las cotizaciones al Seguro de Salud de Corto Plazo se pagarán por cada uno de los Empleadores, de acuerdo al salario percibido en cada trabajo, debiendo aportar todos sus Empleadores el Ento Gestor elegido, previa Resolución emitida por el INASES, de acuerdo a lo establecido en los Artículos 253, 349 del R.C.S.S. y Artículo 14 del Reglamento Específico de Afiliación, Desafiliación, Reafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo aprobado mediante R.M. N° 0785 de 18 de Junio de 2013.
- Para el pago de aportes, se tomará en cuenta la Liquidación Mensual de Aportes - Formulario COT - 01 adjunto la Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal y Certificado de Incapacidad Temporal cuando corresponda, hasta el último día hábil del mes siguiente, para Empresas, Instituciones y Rentistas.
- Las Empresas e Instituciones y Asegurados Voluntarios afiliados a la Caja Petrolera de Salud, deberán realizar el pago de las cotizaciones mensuales a través de depósitos o transferencias a las cuentas bancadas de cada Administración Departamental, Regional, Zonal o Sup - Zonal, sin ninguna deducción de conformidad a lo establecido en el Artículo 61 del D.L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).
- Antes de realizar el depósito bancario, las Empresas, Instituciones y Asegurados Voluntarios afiliados a la Caja Petrolera de Salud, deberán presentar el Formulario COT - 01, Planillas de Sueldos y Salarios, Planillas de Incapacidad Temporal en medio físico y magnético, adjuntando los Certificados de Incapacidad Temporal dentro de los plazos establecidos, caso contrario serán pasibles a las sanciones establecidas en el D.L. 25714 y disposiciones legales complementarias.

Para la presentación de la documentación y cobro de aportes mensuales, se establecerá un cronograma de pago de aportes en orden alfabético, dentro del plazo máximo de treinta días siguientes a la mensualidad vencida hasta el último día hábil, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 63 del D.L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

El día sábado no se considere como día hábil.



caja petrolera de salud

FECHA IMPRESIÓN:	08/05/2010
VERSIÓN:	0001
PÁGINA:	Página No. 100

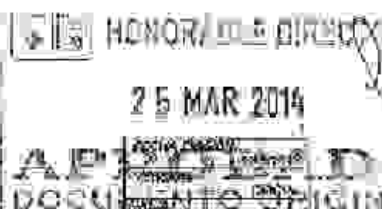
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

- De verificarse diferencias en el pago de los aportes mensuales, las Empresas, Instituciones y Asegurados Voluntarios afiliados a la Caja Petrolera de Salud, están obligados a regularizar la diligencia, realizando el depósito correspondiente en la Cuenta Fiscal que tiene la Caja Petrolera de Salud.
- Aquellas Empresas e Instituciones que presentan Planillas de Incapacidades Temporales, recibirán la devolución por este concepto mediante cheque girado a nombre de la Empresa, Institución o Representante Legal, o Traspaso a la Cuenta Corriente en el plazo de 30 días siguientes al mes en que se efectuaron los Aportes, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 32 del D.L. 15214 (elevado a rango de Ley por medio de la Ley N°008 del 04 de Mayo de 2010), siempre y cuando haya realizado el pago de aportes y esté aprobado por Cotizaciones.
- Respecto al Asegurado Voluntario la cotización debe ser efectuada hasta el 5to. día hábil del mes de aporte.

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 3º del D.S. N° 20945 de 26 de julio de 1985, expresamente prohíbe la rebaja o condonación de intereses y multas emergentes de las Cotizaciones en Mora, todos los saldos que se establezcan como emergentes del Decreto Supremo señalado. Resolución Administrativa N° 07-073-86 de 1-12-86 emitida por el ex-Instituto Boliviano de Seguros Social, Circular GEN-039/87, no podrá ser objeto de modificación, condonación o postergación en su cobro, en caso de incumplimiento a las disposiciones legales y directivas emitidas, los montos no cobrados se cargarán a los trabajadores responsables.



caja costarricense de seguro social



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES				
NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES				
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACION DE APORTES REGulares				
"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"				
OBJETIVO DEL PROCESO: El presente Manual tiene como objetivo, uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos – legales en el área de Cotizaciones de la Caja Costarricense de Salud.				
ALCANCE: NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA				
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN): Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.				
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO): Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.				
ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS)				
N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub- Zonal	1. Informa a las Empresas e Instituciones la forma del llenado y la presentación del Formulario COT - 01 más los documentos de respaldo.	Indefinido	COT - 01
		La Empresa o Institución deberá personarse a Cotizaciones con los documentos de respaldo en medio físico y magnético (Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal más los Certificados de Incapacidad Temporal cuando corresponda) o enviar vía correo electrónico, antes de realizar el Depósito Bancario.	Sujeto a cronograma	
		2. Revisa, verifica y valida la información recibida, en caso de que la Planilla de Sueldos y Salarios y Planilla de Incapacidad Temporal no presente observación alguna, Cotizaciones dará su visto bueno en el momento o vía correo electrónico, para que la Empresa o Institución proceda al pago del aporte correspondiente en el Sistema Bancario.	1 día	Correo electrónico (Planilla de Sueldos y Salarios, Incapacidades y Certificados de Incapacidad Temporal)
		3. Recibe el Formulario COT - 01, Planillas de Sueldos y Salarios, Planillas de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal, excepto: Asegurados Voluntarios y dos fotocopias del depósito bancario (legibles), para su confirmación de la información declarada inicialmente. Considerando lo siguiente:	45 minutos	
		a. Planillas de Sueldos y Salarios en medio físico y magnético (de acuerdo al formato definido por el Ministerio de Trabajo) del mes que corresponde, debidamente firmada y sellada por el Representante		Planillas de Sueldos y Salarios



Empresa petrolera de Ecuador

FECHA EMISIÓN:	
FECHA:	FECHA:
FOLIO: 1 DE 1	

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
		Legal o Máxima Autoridad de la Institución y Responsable de su elaboración, en dos originales información del medio magnético que será validada con los datos registrados en el Sistema de Afiliaciones al mes del aporte. En caso de existir diferencias, no se aceptará el Formulario COT - 01 y documentos adjuntos y se entregará a la Empresa o Institución para su regularización antes del vencimiento del aporte. b. Planilla de Incapacidad Temporal en medio físico y magnético (cuando corresponda) y Certificados de Incapacidad Temporal (original y fotocopia). Información del medio magnético que se generará y validará mediante el sistema. Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo y notas explicativas y/o aclaratorias (cuando corresponda). c. Revisar los datos consignados en el Formulario COT - 01 "Liquidación Mensual de Aportes" (original y cuatro copias), de acuerdo a: Datos del Empleador: ✓ Administración a la que corresponde ✓ Fecha de emisión ✓ Nombre y Razón Social de la Empresa o Institución ✓ Domicilio legal de la Empresa o institución ✓ Teléfono ✓ Número del Empleado (Número Patronal) ✓ Número de Identificación Tributaria - N.I.T ✓ Correo electrónico e-mail ✓ Matrícula (solo para Asegurados Voluntarios) Declaración del Empleado: ✓ Número de trabajadores (dato que debe coincidir con el número total de trabajadores reflejados en la Planilla de Sueldos y Salarios Incluyendo eventuales) ✓ Mes y año de la Planilla de Sueldos y Salarios ✓ Salario Cotizable en Bolívaros ✓ Tasa de Aporte (11%) ✓ Cotización en Bolívaros ✓ Total a Pagar ✓ Nombre, firma y sello del Representante Legal o Firma Autorizada ✓ Sello de la Empresa o Institución ✓ Firma y sello del Liquidador de Cotizaciones	45 minutos 45 minutos	Planilla de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal COT - 01



Ministerio de Salud



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
		Asimismo se deberá considerar los siguientes aspectos: - El Formulario COT – 01 no debe presentar borradores, enmendados, correcciones y otros, por constituirse el mismo en una Declaración Jurada. El trabajador de cotizaciones deberá rechazar y devolver a la Empresa o Institución cotizante para que subsane y presente otro formulario debidamente llenado. - Ningún trabajador de la Institución puede realizar correcciones en el Formulario COT – 01 por constituirse el mismo en una Declaración Jurada de la Empresa o Institución cotizante, bajo sanciones establecidas en normativa interna vigente.	1 día	
		4. Registra y emite la liquidación de aportes en el Sistema de Cotizaciones: Los puntos 3 y 4 deben ser efectuados dentro el plazo establecido en el cronograma o para el caso de los rezagos hasta el último día hábil del mes de pago, caso contrario las Empresas o Instituciones serán pasibles a las sanciones que corresponde. En caso de encontrarse diferencias, se exigirá el pago inmediato en el Sistema Bancario, por el contrario no se liquida el aporte en el Sistema de Cotizaciones y no se considerará como aporte pagado parcialmente; en caso de estar fuera de los plazos establecidos se procederá a aplicar las sanciones que corresponde por el total del aporte cotizante del mes.	30 minutos	Liquidación de Aportes
		5. Firma y Sella al Formulario COT – 01 y la liquidación del Sistema de Cotizaciones y deriva a Caja para su registro correspondiente.		COT-01 Liquidación de Aportes
2	Caja de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe el Formulario COT – 01 y depósito bancario. 2. Verifica el número de liquidación realizada por cotizaciones. 3. Genera el Recibo de Caja, sella y firma. 4. Desglosa y deriva las copias del Formulario COT – 01 en el siguiente orden: • Original a Contabilidad. • Copia 1, Copia 2 y Copia 3 a Cotizaciones • Copia 4 al Empleador.	45 minutos 1 día	COT-01, liquidación y Recibo de Caja Copias COT-01 liquidación y Recibo de Caja



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDADES	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
3	Cotizaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	- Recibe las tres copias del Formulario COT-01, Planilla de Sueldos y Salarios, copia de la liquidación y Recibo de Caja, como constancia del pago realizado por el Empleador, procede a organizar la documentación de forma mensual de acuerdo al siguiente orden: - Copia 1 y 2: Planilla de Sueldos y Salarios, liquidación y Recibo de Caja para archivo de cotizaciones. - Copia 3, Planilla de Sueldos y Salarios a Cotizaciones de Oficina Nacional - Realiza la revisión interna de los Estados Mensuales entre documentos y Reportes del Sistema de Cotizaciones para que el Encargado de Cotizaciones apruebe y remita a las instancias correspondientes.	3 días	Copias de COT-01, Planilla de Sueldos y Salarios, liquidación y Recibo de Caja COT-01 reportes de sistema
4	Encargado de Cotizaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	- Imprime el Estado Mensual de Aportes en tres ejemplares, aprueba y firma conjuntamente el Jefe Administrativo Financiero y el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal, destinados a: - Cotizaciones de Oficina Nacional, adjunto Formulario COT-01 (Copia 3) y Planilla de Sueldos y Salarios. - Unidad de Contabilidad de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal. - Archivo de Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal. - Remite vía el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal, el Estado Mensual de Aportes, a Cotizaciones de Oficina Nacional, hasta el décimo (10) día del mes siguiente impostergablemente, bajo sanción establecidas en normativa interna en actual vigencia. - Antes del décimo (10) día de cada mes, genera y remite el Estado Mensual de Aportes en Mora, para la suspensión de las prestaciones médicas en cumplimiento a los Artículos 184 y 185 del R.C.S.S. y remite a: - Prontuarios - Hospitales y Clínicas - Vigilancia de Derechos Asimismo, remite a las siguientes instancias: - Control de Seguros o Autoridad Competente, Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal, para el seguimiento y control de la mora. - Cotizaciones Oficina Nacional para la consolidación, seguimiento y control de la Mora.	3 días	Reportes mensuales del sistema Nota de atención de reportes de sistema documentos adjuntos Estado Mensual de Aportes en Mora

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

DOCUMENTO
La Paz, 08/11/2014

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS												
		Ejemplo: CÁLCULO DEL TIEMPO PARA LA SUSPENSIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA EMPRESA "JAZMÍN S.R.L." <table border="1"> <thead> <tr> <th>ÚLTIMOS APORTES</th> <th>ENERO</th> <th>FEBRERO</th> <th>MARZO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas </td> <td> 1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas </td> <td> 1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas </td> <td> 1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas </td> </tr> <tr> <td> 3. Suspensión de prestaciones médicas </td> <td> 3. Suspensión de prestaciones médicas </td> <td> 3. Suspensión de prestaciones médicas </td> <td> 3. Suspensión de prestaciones médicas </td> </tr> </tbody> </table>	ÚLTIMOS APORTES	ENERO	FEBRERO	MARZO	1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas	1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas	1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas	1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas	3. Suspensión de prestaciones médicas	3. Suspensión de prestaciones médicas	3. Suspensión de prestaciones médicas	3. Suspensión de prestaciones médicas		
ÚLTIMOS APORTES	ENERO	FEBRERO	MARZO													
1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas	1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas	1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas	1. Aportes en mora por 2 meses 2. Suspensión de prestaciones médicas													
3. Suspensión de prestaciones médicas	3. Suspensión de prestaciones médicas	3. Suspensión de prestaciones médicas	3. Suspensión de prestaciones médicas													
5	Dirección Nacional Administrativa Financiera	1. Recibe el Estado Mensual de Aportes y Estado Mensual de Aportes en Mora y devuelve Colecciones por conducto regular	2 días	Estados Mensuales												
6	Colecciones de Oficina Nacional	1. Recibe el Estado Mensual de Aportes y Estado Mensual de Aportes en Mora, para su consolidación, control y seguimiento de la información.	1 día	Estados Mensuales												

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

- Aportes del Seguro de Salud cobrados a las Empresas e Instituciones afiliadas a nuestra institución.



Ministerio de Salud y Seguro

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

VERSIÓN:	01.0001
PERSONA:	CPSC
FECHA:	Agosto 1999

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACIÓN DE APORTES REGULARES

Nº	UNIDADES	ACTIVIDADES
1	Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	INICIO • Confirmando los aportes de los cotizantes NORMA, COT-01 y los recibos • Recibos, guías y registros y verificación de la Planilla de Aportes y Recibos y comprobantes • Autoriza pago de efectos Planilla ¿correcto? Si No Recibo, guías y registros COT-01 y Planilla (Firma y sello COT-01 y recibos) COT-01 y Recibos Recibos
2	Caja Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	Recibe COT-01 y depósitos bancarios • Recibe Recibos de COT-01 y Planilla • Recibe guías y verificación de los recibos y los comprobantes correspondientes COT-01 y Recibos de depósitos
3	Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	• Confirmando los pagos del COT-01, Recibos de Guía y Recibos • Recibe los pagos en el Sistema de Cotizaciones y Liquidación COT-01 y Recibos
4	Encargado de Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	Trasmite al Estado Mensual de Aportes y Estado Mensual de Recibos en una forma única y sencilla las autoridades para su aprobación y firma correspondiente. A las 10 de la mañana Estado Mensual



cap: polsoleria de valor

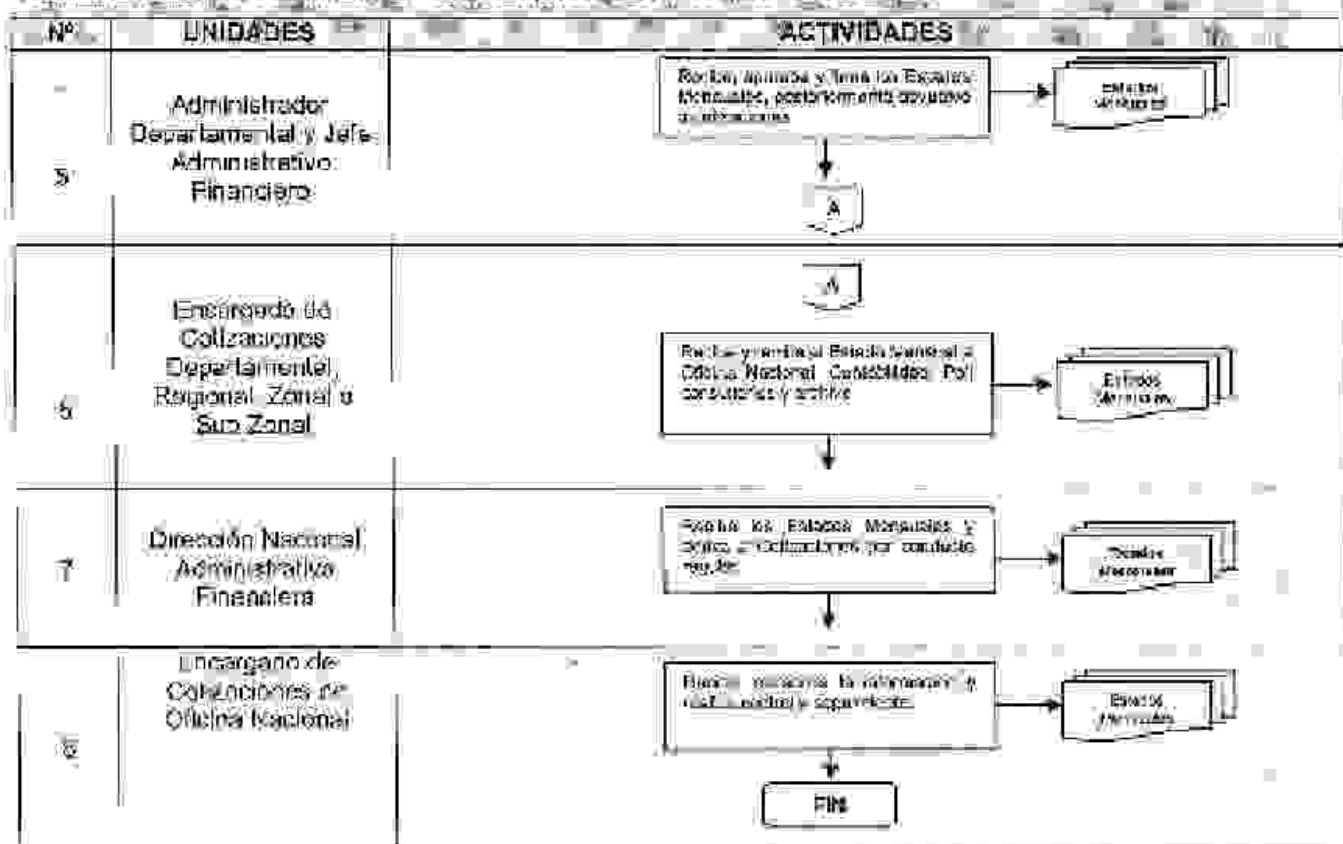
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACION DE APORTES REGULARES





Caja Costarricense de Seguro Social

ACTIVO PASIVO:	
Activos:	
Pasivos:	
ACTIVO:	Pasivo:

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACIÓN DE APORTES SIGMA

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como propósito, uniformar y estandarizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos y logísticos en el área de Cotizaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL, ÁREA ADMINISTRATIVA.

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Costa Rica y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones Oficina Nacional Departamental Regional, Zonal o Sub-Zonal	1. Informar a las Empresas e Instituciones la forma del llenado y la presentación del Formulario COT - 01 más los documentos de respaldo. La institución deberá separarse a Cotizaciones con los documentos de respaldo en medio físico y magnético (Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal más los Certificados de Incapacidad Temporal cuando correspondan) y enviar vía correo electrónico.	Indefinido	COT - 01
		2. Revisa, verifica y valida la información recibida, en caso de que la Planilla de Sueldos y Salarios y Planilla de Incapacidad Temporal no presente observación alguna, Cotizaciones envía su visto bueno en el momento o vía correo electrónico, para que la institución proceda a cargar la información al Registro de Ejecución de Gastos del SIGMA (C-31).	1 día	Correo Electrónico Planilla de Sueldos y Salarios Incapacidad Temporal
		3. Recibe el Formulario COT - 01 y documentos adjuntos hasta el último día hábil del mes siguiente, de acuerdo al siguiente orden: a. Planillas de Sueldos y Salarios en medio físico y magnético (de acuerdo al formato definido por el SIGMA) del mes que corresponde, debidamente firmado y sellado por el Representante Legal o Máximo Autorizado de la Institución y Responsable de su elaboración, así como originales, información del medio magnético que será validada con los datos registrados.	15 minutos	Planillas de Sueldos y Salarios



caso petrolero de cauce

ESTADO DE GUAYANA FRANCESA

HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO 001/2014

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguimiento

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO MÁXIMO	DOCUMENTOS
		en el Sistema de Afiliaciones al mes del aporte. En caso de existir diferencias, no se aceptará el Formulario COT - 01 y documentos adjuntos y se informará a la Institución para su regularización antes del vencimiento del aporte. b. Fichilla de Incapacidad Temporal en medio físico y magnético (cuando corresponda) y Certificados de Incapacidad Temporal (original y fotocopia). Información del medio magnético que se generará y validará mediante el sistema. Formularios de Denuncia de Accidente de Trabajo y notas explicativas y/o aclaratorias (cuando corresponda). En caso de existir diferencias, no se aceptará el Formulario COT - 01 y documentos adjuntos y se informará a la Institución para su regularización antes del vencimiento del aporte.	15 minutos	Fichilla de Incapacidad Temporal
		c. Revisa los datos consignados en el Formulario COT - 01 "Liquidación Mensual de Aportes" (original y cuatro copias), de acuerdo a: Datos del Empleador: ✓ Administración a la que corresponde ✓ Fecha de emisión ✓ Nombre o Razón Social de la Empresa o Institución ✓ Domicilio legal de la Empresa o Institución ✓ Teléfono ✓ Número del Empleador (Número Patronal) ✓ Número de Identificación Tributaria (N.I.T.) ✓ Correo electrónico, email ✓ Matrícula (solo para Asegurados Voluntarios) Declaración del Empleador: ✓ Número de trabajadores (dato que debe coincidir con el número total de trabajadores reflejado en la Fichilla de Sueldos y Salarios, incluyendo eventuales) ✓ Mes y año de la Fichilla de Sueldos y Salarios ✓ Salario Cotizable en Bolívianos ✓ Tasa de Aporte (%/%) ✓ Contribución en bolívianos ✓ Total a Pagar ✓ Nombre, firma y sello del Representante Legal o Firma Autorizada ✓ Sello de la Empresa o Institución ✓ Firma y sello del Liquidador de Contribuciones	15 minutos	COT - 01 y C- 01



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		Además, se deberá considerar los siguientes aspectos: - El Formulario COT - 01 no debe presentar borradores, enmiendas, correcciones y otros, por constituirse el mismo en una Declaración Jurada. El trabajador de cotizaciones deberá rechazar y devolver a la Entidad cotizante para que subsane y presente otro formulario debidamente llenado. - Ningún trabajador de la institución, puede realizar modificaciones en el Formulario COT - 01 por constituirse el mismo en una Declaración Jurada de la Entidad cotizante, bajo sanción establecida en normativa interna vigente. d. Comprobante de Registro de Ejecución de Gastos del SIGMA (C-31), sellado por el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, en dos copias.		
		4. Pese a revisión de los datos consignados en el Formulario COT - 01, Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal, Registro de Ejecución de Gastos del SIGMA C-31, procede a verificar con los datos del mes anterior en el Sistema de Cotizaciones, posteriormente registra y emite la liquidación en el Sistema de Cotizaciones.	30 minutos	COT - 01
		5. El trabajador liquidador de Cotizaciones, firma y sella el Formulario COT - 01 y la liquidación.	15 minutos	COT - 01 y liquidación de aportes
		6. En caso de haberse vencido el plazo para la presentación de documentos (Formulario COT - 01, Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal y Formulario C-31) hasta el último día hábil del mes vencido, se realizará la liquidación de multas al momento de la presentación de la documentación o se emitirá la Comunicación de Aduelas, tomando en cuenta los días de mora, a partir del primer día del mes siguiente al mes vencido hasta la presentación de documentación de respaldo, debiendo considerarse las siguientes sanciones:	30 minutos	Liquidación de multas
		Actualización de la cotización.- La actualización de la cotización pagada fuera de término, se calculará en base a la variación de la "UNIDAD DE FOMENTO A LA VIVIENDA U.F.V."		



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS															
		Ejemplo: ACTUALIZACIÓN DE APORTES PREVENIDOS NO DECLARADOS A LA C.P.S. SERVICIO DE IMPUESTOS NACIONALES APORTE DEVENGADO POR EL MES DE MAYO DE 2012 (Expresado en Bolivianos) <table border="1"> <thead> <tr> <th>SALARIO COTIZABLE MAY12</th><th>APORTE 10%</th><th>UFV/LA FECHA DE MORA 01/05/12</th><th>UFV/LA FECHA DE LIQUIDACIÓN 08/07/12</th><th>APORTE ACTUALIZADO 08/07/12</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a</td><td>a * 10%</td><td>c</td><td>d</td><td>e = a * (d/c)</td></tr> <tr> <td>38.000,00</td><td>3.800,00</td><td>1,70642</td><td>1,25281</td><td>3.013,48</td></tr> </tbody> </table> APORTE = APORTE 10% * (UFV FECHA DE LIQUIDACIÓN / ACTUALIZA UFV FECHA DE MORA) = 3.013,48 o Multa por la no presentación de Planillas de Sueldos y Salarios. Cuando la Institución no presenta la Planilla de Sueldos y Salarios del mes correspondiente en el plazo establecido, se sancionará con una multa igual al 1% mensual del aporte actualizado a la fecha de pago (B.S. 25714). MULTA POR NO PRESENTACIÓN DE PLANILLAS = APORTE ACTUALIZADO * 1% MULTA POR PLANILLA = 3.013,48 * 2% = B.S. 60,28 De acuerdo al ejemplo descrito, la Caja Petrolera de Salud debe cubrir al Servicio de Impuestos Nacionales la multa total de Bs. 60,28 por la no presentación de Planillas de Sueldos y Salarios por dos meses de retraso.	SALARIO COTIZABLE MAY12	APORTE 10%	UFV/LA FECHA DE MORA 01/05/12	UFV/LA FECHA DE LIQUIDACIÓN 08/07/12	APORTE ACTUALIZADO 08/07/12	a	a * 10%	c	d	e = a * (d/c)	38.000,00	3.800,00	1,70642	1,25281	3.013,48	15 minutos 4 días	COT = 01 y Liquidaciones COT = 01 y Planillas C = 31 y liquidación de aportes
SALARIO COTIZABLE MAY12	APORTE 10%	UFV/LA FECHA DE MORA 01/05/12	UFV/LA FECHA DE LIQUIDACIÓN 08/07/12	APORTE ACTUALIZADO 08/07/12															
a	a * 10%	c	d	e = a * (d/c)															
38.000,00	3.800,00	1,70642	1,25281	3.013,48															
		7. El trabajador liquidador de Colzeconpas, firma y sella el Formulario COT-01 y la liquidación. 8. Designa y remite las copias del Formulario COT-01 en el siguiente orden: • Original a Colizaciones Oficina Nacional adjunto Planilla de Sueldos y Salarios, fotocopia de la Planilla de Incapacidad Temporal, Certificado de Incapacidad Temporal (cuando corresponda) y Formulario C-01. • Copia 1 a Contabilidad adjunto copia de la Planilla de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal (original), para la devolución del Subsidio por Incapacidad Temporal (cuando corresponda) previo																	



copa patroleo de salud

FECHA ZONAL	REVISADO
FECHA	FECHA
FECHA	FECHA

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
		informe de Cotizaciones. - Copia 2 a Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal, adjunto copia de la Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal y otros. - Copia 3 a Cotizaciones de Oficina Nacional, para conciliación de aportes con el M.E.P. - Copia 4 a la Institución declarante.		
		1. Genera el Estado Mensual de Aportes y envía por medio de correo electrónico impostergablemente hasta el cuarto día a Cotizaciones de las Administraciones Departamentales, Regionales, Zonales y Sub - Zonales, para su registro inmediato en el Sistema de Cotizaciones.	4 días	Reportes mensuales del sistema
		2. Imprime el Estado Mensual de Aportes para cada Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub - Zonal y remite hasta antes del décimo día de cada mes la información adjuntando, el Formulario COT - 01, Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal y liquidación de aportes.	3 días	Nota de atención, reportes del sistema y documentos adjuntos
		3. Remite vía el Jefe del Departamento Nacional de Seguros, Director Nacional Administrativo Financiero y Director General Ejecutivo, el Estado Mensual de Aportes, para Cotizaciones de las Administraciones Departamentales, Regionales, Zonales y Sub - Zonales (para las administraciones desconcentradas por conducto regular), hasta antes del décimo día del mes siguiente impostergablemente, bajo sanción establecida en normativa interna vigente.	2 días	
2	Cotizaciones de Oficina Nacional, Encargado de Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal	4. Antes del décimo (10) día de cada mes, genera y remite el "Estado Mensual de Aportes en Mora", para la suspensión de las prestaciones médicas en cumplimiento a los Artículos 484 y 485 del R.C.S.S. y remite a: - Palcosultorios - Hospitales o Clínicas - Vigilancia de Derechos Asimismo remite a la siguiente instancia: - Control de Seguros o Autoridad Competente, Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal, para seguimiento y control de la mora o: - Cotizaciones Oficina Nacional, para la conciliación, seguimiento y control de la Mora.	2 días	Listado de Empresas, Instituciones y Asegurados voluntarios en Mora



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad

MONITOREO DIRECTO

25 MAR 2014

APROBADO
DIRECTOR GENERAL
P. RIVERA
DIRECTOR GENERAL

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS												
		Ejemplo: CALCULO DEL TIEMPO PARA LA SUSPENSIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA EMPRESA "JAZMIN SRL" <table border="1"> <thead> <tr> <th>ULTIMO MES APORTADO</th><th>ENERO</th><th>FEBRERO</th><th>MARZO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DICIEMBRE</td><td>1. Atención médica normal 2. Cobertura de atención por el área de atención</td><td>1. Atención médica normal 2. Cobertura de atención por el área de atención</td><td>1. Entrada en mora por 9 días de enero 2. Suspensión de atención por prestaciones médicas, atención emergencias, el partir del 1 de marzo</td></tr> <tr> <td>Días de atención</td><td>30</td><td>30</td><td></td></tr> </tbody> </table> 5. Hasta el día 15 de cada mes, genera y remite el "Estado Mensual de Deducciones" a Contabilidad para la devolución en dinero de la Incapacidad Temporal (accidente), adjuntando la siguiente documentación: - Copie del Rembolso COT - R - Formita de Incapacidad Temporal - Certificados de Incapacidad Temporal (originales).	ULTIMO MES APORTADO	ENERO	FEBRERO	MARZO	DICIEMBRE	1. Atención médica normal 2. Cobertura de atención por el área de atención	1. Atención médica normal 2. Cobertura de atención por el área de atención	1. Entrada en mora por 9 días de enero 2. Suspensión de atención por prestaciones médicas, atención emergencias, el partir del 1 de marzo	Días de atención	30	30		5 días	Estado Mensual de Deducciones
ULTIMO MES APORTADO	ENERO	FEBRERO	MARZO													
DICIEMBRE	1. Atención médica normal 2. Cobertura de atención por el área de atención	1. Atención médica normal 2. Cobertura de atención por el área de atención	1. Entrada en mora por 9 días de enero 2. Suspensión de atención por prestaciones médicas, atención emergencias, el partir del 1 de marzo													
Días de atención	30	30														
3	Encargado de Colizaciones de Oficina Nacional -Mora	1. Radica a "Estado de Empresas e Instituciones en Mora", para hacer el seguimiento y control efectivo de la Mora.	3 días	Estado de Aportes en Mora												

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

Aportes del Seguro de Salud otorgados a las Instituciones Públicas (SIEMVI) adjuntados a la institución.

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

Aportes del Seguro de Salud otorgados a las instituciones públicas (SICMVI) aduciendo nuestra institución.



Caja Costarricense de Seguro Social

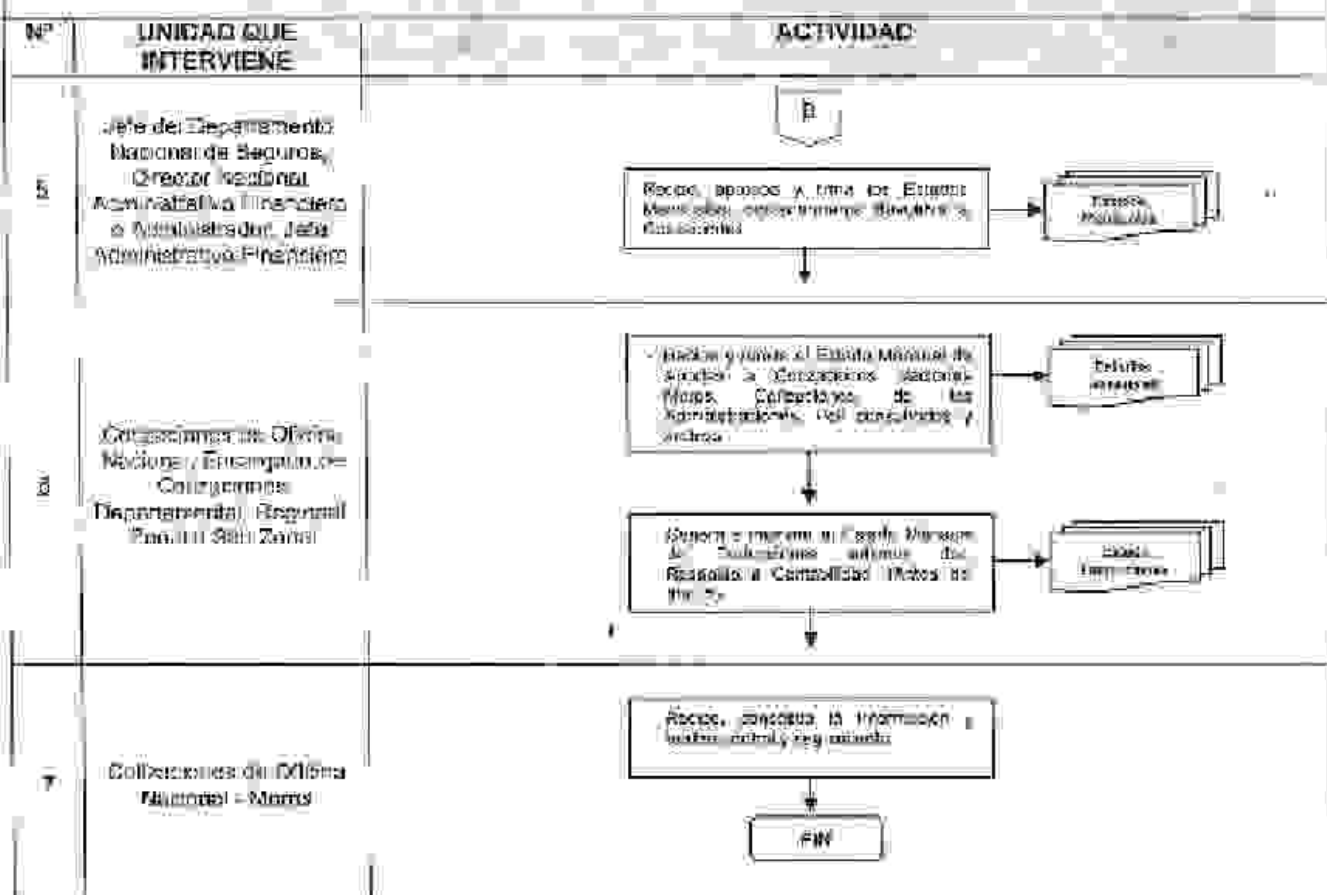
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS -COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: LIQUIDACIÓN DE APORTES SIGMA





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACION DE APORTES CAJA PETROLERA DE SALUD

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos y legales en el área de Cotizaciones de la Caja Petrolera de Salud.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL - ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Gerencia General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO MAXIMO	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal	1. Recibe el Formulario COT - 01, Planillas de Sueldos y Salarios, Planillas de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal, hasta el último día hábil del mes siguiente, de acuerdo al siguiente orden: a. Planillas de Sueldos y Salarios en medio físico y magnético (de acuerdo al formato definido por el Ministerio de Trabajo) del mes que corresponde, debidamente firmada y sellada por el Representante Legal o Máxima Autoridad de la institución, y Responsable de su elaboración, en dos originales. Información del medio magnético que será validada con los datos registrados en el Sistema de Afiliaciones al mes del aporte. En caso de existir diferencias, no se acepta el Formulario COT - 01 y documentos adjuntos y se informará para su regularización antes del vencimiento del aporte. b. Planilla de Incapacidad Temporal en medio físico y magnético (cuando corresponda) y Certificados de Incapacidad Temporal (original y fotocopia). Información del medio magnético que se generará y validará mediante el sistema. c. Formularios de Denuncia de Accidente de Trabajo y notas explicativas y/o aclaratorias (cuando corresponda).	45 minutos 45 minutos	Planillas de Sueldos y Salarios Planilla de Incapacidad Temporal



Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		c) Revisa los datos consignados en el Formulario COT – 01 "Liquidación Mensual de Aportes" (original y cuatro copias), de acuerdo a: Datos del Empleador ✓ Administración a la que corresponde ✓ Fecha de emisión ✓ Nombre y Razón Social de la Empresa o Institución ✓ Domicilio legal de la Empresa o Institución ✓ Teléfono ✓ Número del Empleador (Número Patronal) ✓ Número de Identificación Tributaria – N.I.T ✓ Correo electrónico e-mail ✓ Matrícula (solo para Asegurados Voluntarios) Declaración del Empleador: ✓ Número de trabajadores (dato que debe coincidir con el número total de trabajadores registrados en la Planilla de Sueldos y Salarios incluyendo eventuales) ✓ Mes y año de la Planilla de Sueldos y Salarios ✓ Salvo a Cotizar en Bs ✓ Tasa de Aporte (11%) ✓ Cotización en Bolivianos ✓ Total a Pagar ✓ Nombre, firma y sello del Representante Legal o Firma Autorizada ✓ Sello de la Empresa o Institución ✓ Firma y sello del Liquidador de Cotizaciones Asumiendo se deberá considerar los siguientes aspectos: - El Formulario COT – 01 no debe presentar errores, omisiones, correcciones y otros, por constituirse al mismo en una Declaración Jurada. El trabajador de cotizaciones deberá rechazar y devolver para que subsane y presente otro Formulario debidamente llenado. - Ningún trabajador de la institución, puede realizar correcciones en el Formulario COT – 01 por constituirse al mismo en una Declaración Jurada de la institución, bajo sanciones establecidas en normativa interna vigente.	45 minutos	Formulario COT – 01
		2. Previa revisión de los datos consignados en el Formulario COT – 01, Planilla de Sueldos y Salarios y otros, proceda a verificar con los datos del mes anterior	50 minutos	Formulario COT – 01 y liquidación

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		en el Sistema de Cotizaciones, posteriormente realiza la liquidación de aportes.		
		3. Firma y Sello el Formulario COT - 01 y la liquidación del Sistema de Cotizaciones.	45 minutos	Formulario COT - 01 y liquidación.
		4. Posteriormente remite a Contabilidad el formulario COT - 01, Planilla de Sueldos y Salarios y Planilla de Incapacidad Temporal para su registro.	1 día	Formulario COT - 01 y Planillas.
2	Encargado de Cotizaciones Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub-Zonal	1. Imprime el Estado Mensual de Aportes en tres ejemplares, firmado por el Encargado de Cotizaciones, Jefe Administrativo Financiero y el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal, destinados a: * Cotizaciones de Oficina Nacional, adjunto Formulario COT - 01 y Planilla de Sueldos y Salarios. * Unidad de Contabilidad de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal. * Activa de Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal.	8 días	Reportes mensuales del sistema
		2. Remite vía el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal, al Estado Mensual de Aportes para Cotizaciones de Oficina Nacional, hasta antes del décimo (10) día del mes siguiente ineludiblemente, bajo sanción establecida en normativa interna vigente.	3 días	Nota de atención, reportes del sistema y documentos adjuntos

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES)

- Aportes del Seguro de Salud declarados por nuestra institución a nivel nacional.



Ministerio de Salud

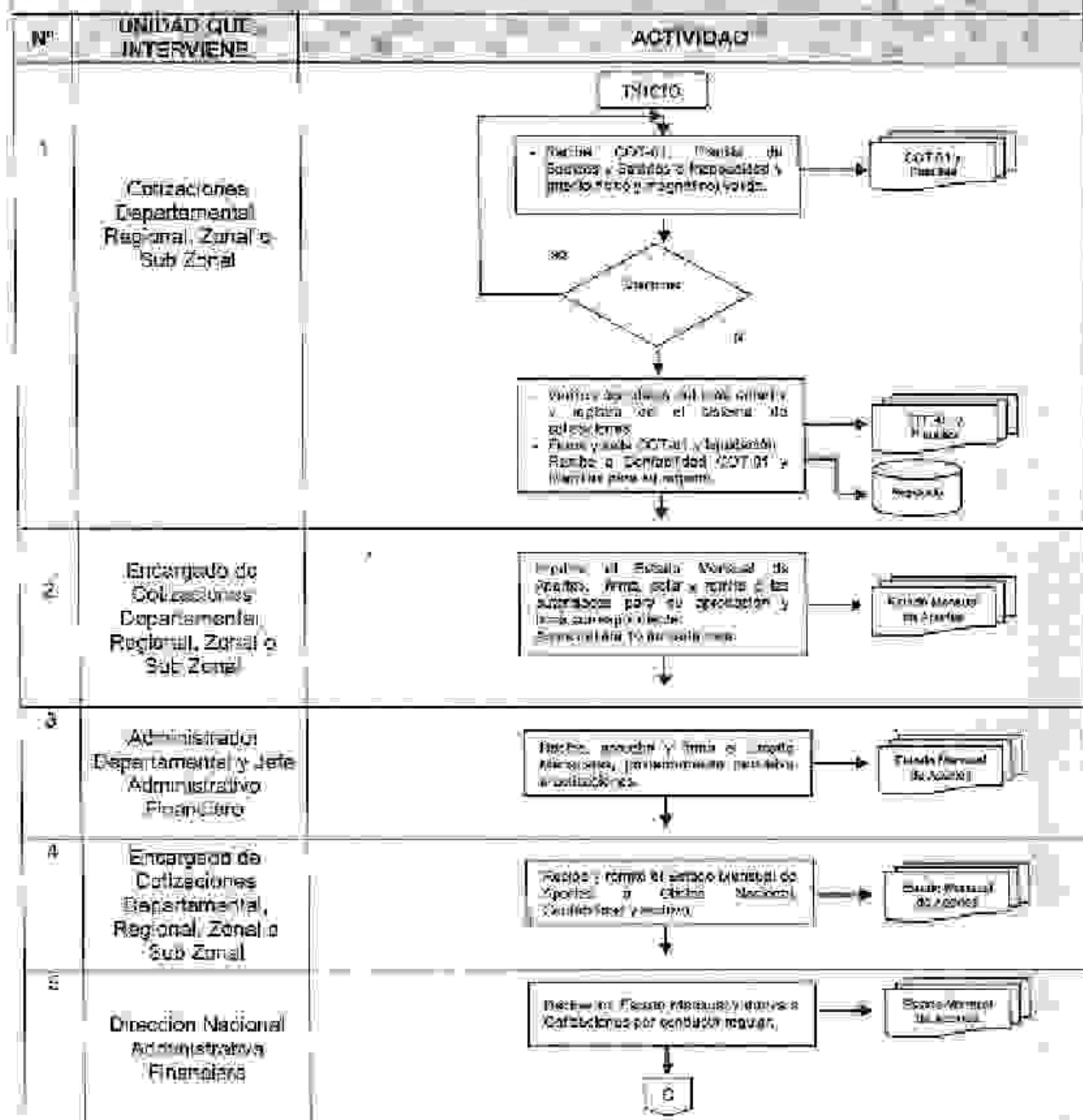
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACION DE APORTES CAJA PETROLERA DE SALUD





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

DIAGRAMA DE FLUJO		
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS -COTIZACIONES- TRIM		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACION DE APORTES CAJA PETROLERA DE SALUD		
Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
6	Encargado de Cotizaciones de Oficina Nacional	<pre>graph TD; A[Revisar, concertar y autorizar la liquidación de aportes con el registrante] --> B[FIN]; A --> C[Caja Manual de Liquidación];</pre>



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: APORTES RECIBIDOS PARA OTRA ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL, REGIONAL, ZONAL O SUB-ZONAL

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo: uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos y legales en el área de Cotizaciones de la Caja Petrolera de Salud.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL, ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO MÁXIMO	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones, Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Informa a las Empresas o Instituciones la forma del llenado y la presentación del Formulario COT - 01 más los documentos de respaldo.	45 minutos	COT - 01
		La Empresa o Institución deberá apersonarse a Cotizaciones con los documentos de respaldo en medio físico y magnético (Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal más los Certificados de Incapacidad Temporal cuando corresponda) o enviar vía correo electrónico.		
		2. Revisa, verifica y valida la información recibida, en caso de que la Planilla de Sueldos y Salarios y Planilla de Incapacidad Temporal no presenten observación alguna, Cotizaciones dará su visto bueno en el momento o vía correo electrónico, para que la Empresa o Institución proceda al pago del aporte correspondiente en el Sistema Bancario.	1 día	Correo electrónico (Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal)
		3. Recibe el Formulario COT - 01, Planillas de Sueldos y Salarios, Planillas de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal excepto Asegurados Voluntarios y los fotocopias del depósito bancario (legales), para confirmar que la información declarada inicialmente sea la correcta. Considerando lo siguiente:		
		a. Planillas de Sueldos y Salarios en medio físico y magnético (de acuerdo al formato definido por el Ministerio de Trabajo del mes que corresponde,	45 minutos	Planilla de Sueldos y



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTO
		Definitivamente firmada y sellada por el Representante Legal o Máxima Autoridad de la Institución y Responsable de su elaboración, en dos originales (información en medio magnético que será validada con los datos registrados en el Sistema de Afiliaciones al mes del aporte). En caso de existir diferencias, no se aceptará el Formulario COT - 01 ni los documentos adjuntos y se informará a la Empresa o Institución para su regularización antes del vencimiento del aporte. b. Planilla de Incapacidad Temporal en medio físico y magnético (cuando corresponda) y Certificado de Incapacidad Temporal (original y fotocopia). Información del medio magnético que se generará y validará mediante el sistema. Formulario de Demanda de Accidente de Trabajo y notas explicativas y/o aclaratorias (cuando correspondan).	45 minutos	Salarios
		c. Revisar los datos consignados en el Formulario COT - 01 "Liquidación Mensual de Aportes" (original y cuatro copias), de acuerdo a: Datos del Empleador ✓ Administración a la que corresponde ✓ Fecha de emisión ✓ Nombre o Razón Social de la Empresa o Institución ✓ Domicilio legal de la Empresa o Institución ✓ Teléfono ✓ Número del Empleador (Número Patronal) ✓ Número de Identificación Tributaria - N.I.T. ✓ Correo electrónico o mail ✓ Matricula Bono para Aseguración Voluntarios Declaración del Empleador ✓ Número de trabajadores (dato que debe coincidir con el número total de trabajadores reflejado en la Planilla de Sueldos y Salarios (incluyendo eventuales) ✓ Mes y año de la Planilla de Sueldos y Salarios ✓ Salario Cotización en Bs. ✓ Tasa de Aporte (10%) ✓ Cotización en Bolivianos ✓ Total a Pagar ✓ Nombre, firma y sello del Representante Legal o Firma Autorizada. ✓ Sello de la Empresa o Institución ✓ Firma y sello del Liquidador de Cotizaciones	45 minutos	Formulario COT - 01



Ministerio de Salud
Caja Costarica de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDADES	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
		Asimismo se deberá considerar los siguientes aspectos: - El Formulario COT-01 no debe presentar borrados, enmiendas, correcciones y otros, por constituirse el mismo en una Declaración Jurada. El trabajador de cotizaciones deberá rechazar y devolver a la Empresa o Institución cotizante para que subsane y presente otro Formulario debidamente llenado. - Ningún trabajador de la Institución, puede realizar correcciones en el Formulario COT-01 por constituirse el mismo en una Declaración Jurada de la Entidad cotizante, bajo sanción establecida en normativa vigente.		
		4. Registra y emite la liquidación de aportes en el Sistema de Cotizaciones. Los puntos 8 y 9 deben ser efectuados dentro el plazo establecido en el cronograma o para el caso de los rezagados hasta el último día hábil del mes de pago, caso contrario dichas Empresas o Instituciones serán pasibles a las sanciones que corresponde. En caso de encontrarse diferencias se exigirá el pago inmediato en el Sistema Bancario; de lo contrario no se liquidará el aporte en el Sistema de Cotizaciones y no se considerará como aporte pagado parcial o total. En caso de estar fuera de los plazos establecidos se procederá a aplicar las sanciones que corresponde por el total del aporte cotizante del mes.	1 día	Liquidación de Aportes
		5. Firma y Sella el Formulario COT-01 y la liquidación del Sistema de Cotizaciones y deriva a Caja para su registro correspondiente.	45 minutos	COT-01 Liquidación de Aportes
2	Caja Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	- Recibe Formulario COT-01 y depósito bancario. - Verifica el número de liquidación realizada por cotizaciones. - Genera el Recibo de Caja, sella y firma. - Deroga y deriva las copias del Formulario COT-01 en el siguiente orden: - Original a Contabilidad - Copias 1, 2 y 3 a Cotizaciones. - Copias 4 al Empleado.	50 minutos 1 día	COT-01 Liquidación y Recibo Caja Copia COT-01 Liquidación Recibo de Caja



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
3	Cotizaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe las tres copias del Formulario GOT - 01, copia de la liquidación y Recibo de Caja, como constancia del pago realizado por el Empleador, procede a compilar la documentación de forma mensual de acuerdo al siguiente orden: • Copia 1, anexo la Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal, Liquidación y Recibo de Caja para remisión a la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal que corresponda la cotización. • Copia 2 y Planilla de Sueldos y Salarios a Cotizaciones de Oficina Nacional • Copia 3, Liquidación y Recibo de Caja para archivarlo en las cotizaciones en la Administración que recibe el aporte. 2. Realiza la revisión interna de los Estados Mensuales entre documentos y los Reportes del Sistema de Cotizaciones para que el Encargado de Cotizaciones apruebe y remita a las instancias correspondientes	8 días 1 día	Copias GOT - 01 Planilla de Sueldos y Salarios Incapacidad y Recibo de Caja GOT - 01 y reportes del sistema
4	Encargado de Cotizaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Genera el Estado Mensual de Aportes y envía por medio de correo electrónico (obligatoriamente hasta el cuarto día del mes siguiente a Cotizaciones de las otras Administraciones Departamentales, Regionales, Zonales o Sub - Zonales, para su registro inmediato en el Sistema de Cotizaciones, con copia a Cotizaciones de Oficina Nacional para efectos de control. 2. Imprime el Estado Mensual de Aportes en cuatro ejemplares, firma por el Responsable de Cotizaciones, Jefe Administrativo Financiero y el Administrador Departamental, Regional Zonal o Sub - Zonal, destinados a: - Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal beneficiaria de la cotización adjunta Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal, Liquidación y Recibo de Caja. - Cotizaciones de Oficina Nacional, adjunto el Formulario GOT - 01 y Planilla de Sueldos y Salarios. - Unidad de Contabilidad de la Administración Departamental Regional, Zonal o Sub - Zonal - Archivo de Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal 3. Remite vía el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal, el Estado Mensual de Aportes, para la Sección Nacional de Cotizaciones de Oficina Nacional, obligatoriamente hasta el día 10 del mes siguiente, bajo sanción establecida en normativa interna vigente.	4 días 5 días 3 días	Reportes mensuales del sistema Reportes mensuales del sistema No se entregan reportes del sistema y documentos adjuntos.



seg. práctica de salu

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



EL SALVADOR
HONORABLE DIRECTO

25 MAR 2016

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL
LUCAS TADEO

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		Nota: El control, seguimiento y notificación de la mora deberá realizarla Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal que determine la Empresa o Institución para el pago de sus aportes al momento de su afiliación. En estos casos cada Administración receptora del pago de aportes deberá informar a las Administraciones Beneficiarias que corresponda para la suspensión del servicio.		
5	Dirección Nacional Administrativa Financiera	1. Recibe el Estado Mensual de Aportes y deriva a Coleccionistas por conducta regular.	2 días	Estados Mensuales
6	Coleccionistas de Oficina Nacional	1. Recibe el Estado Mensual de Aportes para su consolidación, control y seguimiento de la información.	1 día	Estados Mensuales
SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES): Aportes del Seguro de Salud cedidos a las Empresas e Instituciones afiliadas a nuestra institución.				



caja costarricense de salud

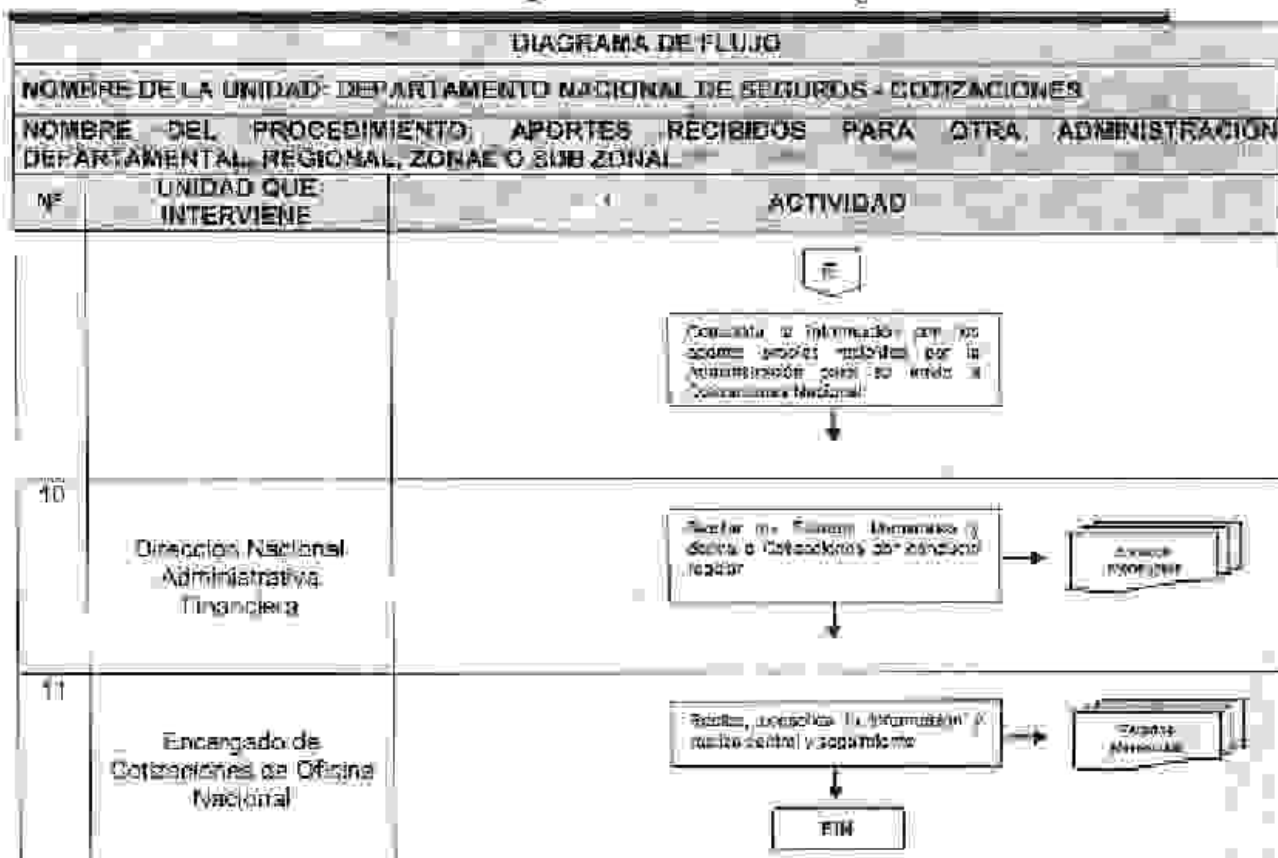
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

FECHA CREACIÓN	2008/08/08
REVISIÓN	2008/08/08
USUARIO	Administración

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: APORTES RECIBIDOS PARA OTRA ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL, REGIONAL, ZONAL O SUB ZONAL

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
1	Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	
2	Caja Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	
3	Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	
4	Encargado de Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	





caja costarricense de seguro social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros - 1.º Edición - 2014



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO 0000110

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES				
NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES				
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: APORTES RECIBIDOS DE OTRAS ADMINISTRACIONES DEPARTAMENTALES, REGIONALES, ZONALES O SUB ZONALES				
"DESCRIPCION DEL PROCESO"				
OBJETIVO DEL PROCESO: El presente Manual tiene como objetivo, uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos técnicos, legales en el área de Cotizaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.				
ALCANCE: NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA				
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN): Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Gerencia de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jueces Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.				
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO): Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Millaje del Sistema de Seguridad Social de Costa Rica y otras disposiciones conexas.				
ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):				
Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Hasta el cuarto (4) día del mes siguiente impositivamente, recibe el Estado Mensual de Aportes por medio de correo electrónico de las otras Administraciones Departamentales, Regionales, Zonales o Sub Zonales, para su registro inmediato en el Sistema de Cotizaciones.	1 día	Estado Mensual de Aportes
		2. Antes del décimo día, recibe el Estado Mensual de Aportes, Copia 1 del Formulario COT - 01, Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal, Certificados de Incapacidad Temporal, Liquidación y Recibo de Caja, para tutelar con una información similar vía correo electrónico.	1 día	Estado Mensual de Aportes, COT - 01 Planillas
		3. Recibe el Estado Mensual de Aportes en MORA para el control y seguimiento del cobro de las sanciones que debieran ser recaudadas por las Administraciones receptoras del aporte. En caso de haberse cumplido el período de cesantía, remite los Estados Mensuales de Aportes en MORA para la suspensión de las prestaciones médicas a las siguientes instancias: - Políconsultorios - Hospitales o Clínicas - Vigencia de Derechos Asimismo, la Cotizaciones de Oficina Nacional, para el seguimiento y control de la mora.	2 días	Estado Mensual de Aportes en MORA



Ministerio de Salud

Proyecto Seguro	Seguro
Version	0001
Fecha	1996
	Seguro de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
2	Encargado de Colectaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal.	1. Imprime el Estado Mensual de Aportes en dos ejemplares, aprobado y firmado conjuntamente el Jefe Administrativo Financiero y el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal, pasándolo a Colectaciones de Oficina Nacional y archivo.	3 días	Reportes mensuales del sistema
3	Dirección Nacional Administrativa y Financiera	1. Recibe los Estados Mensuales de Aportes y deriva a Colectaciones por conducto regular.	2 días	Estados Mensuales
4	Colectaciones de Oficina Nacional	1. Recibe los Estados Mensuales de Aportes para su consolidación, control y seguimiento de la información.	1 día	Estados Mensuales

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

- Aportes del Seguro de Salud cobrados a las Empresas e Instituciones afiliadas a nuestra institución, por otra Administración.

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

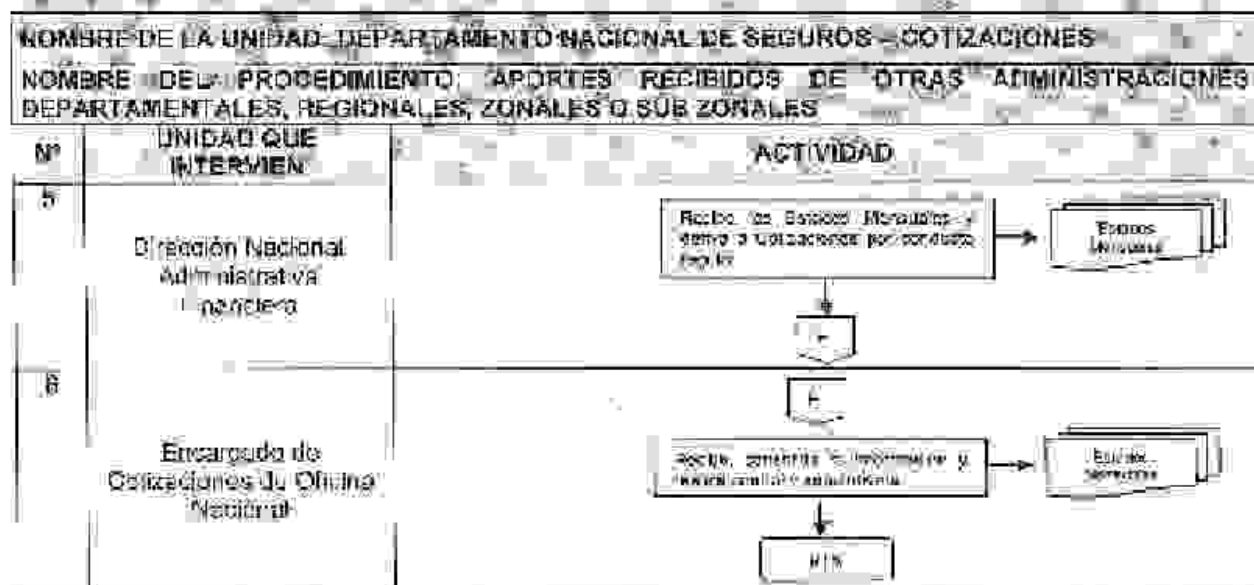
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO. APORTES RECIBIDOS DE OTRAS ADMINISTRACIONES
DEPARTAMENTALES, REGIONALES, ZONALES O SUB ZONALES

[illegible]



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

DIAGRAMA DE FLUJO





caja costarricense de seguro social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PLANILLAS DE REINTEGROS

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo, uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativo- legales en el área de Cotizaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones Contabilidad y Caja al Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Costa Rica y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTO
1.	Cotizaciones: Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Recibe el Formulario COT - 01 y documentos adjuntos, hasta el último día del plazo determinado por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, de acuerdo al siguiente orden:	45 minutos	Formulario COT - 01
a.		Planillas de Registro de Sueldos y Salarios por concepto de Incremento Salario en medio físico y magnético (de acuerdo al formato definido por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social) debidamente firmada y sellada por el Representante Legal o Máxima Autoridad de la Institución y Responsable de su elaboración en dos originales. Información del medio magnético que será validada con los datos registrados en el Sistema de Afiliaciones al mes del aporte.	45 minutos	Planilla Sueldos Salarios
b.		En caso de existir diferencias, no se aceptará el Formulario COT - 01 ni los documentos adjuntos y se informará a la Empresa o Institución declarante para su regularización antes del vencimiento del reporte.		
2.		Formulario COT - 01 Liquidación Mensual de Aportes (original y cuatro copias) y revisa los datos contenidos en el Formulario COT - 01, de acuerdo al:	45 minutos	Formulario COT - 01
		Datos del Empleador: ✓ Administración a la que corresponde ✓ Fecha de emisión		



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		✓ Nombre o Razón Social de la Empresa o Institución ✓ Dirección legal de la Empresa o Institución ✓ Teléfono ✓ Número del Empleador (Número Patronal) ✓ Número de Identificación Tributaria - N.I.T. ✓ Correo electrónico e mail ✓ Matricula (solo para Asegurados Voluntarios) Declaración del Empleador: ✓ Número de trabajadores (dato que debe coincidir con el número total de trabajadores reflejado en la Planilla de Sueldos y Salarios incluyendo eventuales) ✓ Mes y año de la Planilla de Sueldos y Salarios ✓ Salario Cotizable en Bs. ✓ Tasa de Aporte (10%) ✓ Cotización en Bolivianos ✓ Total a Pagar ✓ Nombre, firma y sello del Representante Legal o Persona Autorizada. ✓ Sello de la Empresa o Institución ✓ Firma y sello del Liquidador de Cotizaciones Cuando el Formulario COT - 01 presente observaciones como ser: homajes, omisiones, correcciones y otros el constituirse al mismo en una Declaración Jurada, el trabajador de cotizaciones deberá rechazar la misma a la Empresa o Institución cotizante para que subsane y presente otro Formulario COT-01 debidamente llenado. a. Depósito Bancario que respalde el pago de la cotización en (dos fotocopias legítimas). 2. Breve revisión de los datos consignados en el Formulario COT - 01 Planilla de Sueldos y Salarios de Beneficiario se procede a la liquidación de aportes 3. El liquidador de Cotizaciones, firma y sella el Formulario COT - 01 y la liquidación de aportes para su registro en Caja.	55 minutos	Formulario COT - 01 liquidación



espe petretera de culuc

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
2	Caja: Administración Departamental, Regional, Zonal o Sin Zonal	1. Reciba el Formulario COT - 01 de reintegro y verifique el número de liquidación de aportes realizados por las Colecciones. 2. Recibe la Boleta de Depósito Bancario y genera el Recibo de Caja. 3. Galla en el Formulario COT - 01. 4. Desglosa y firma las copias del Formulario COT - 01 en el siguiente orden: • Original a Contabilidad. • Copia 1, 2 y 3 a Colecciones. • Copia 4 a las Empresas e Instituciones.	50 minutos 1 día	Formulario COT-01 y liquidación Formulario COT-01 y liquidación
3	Colecciones: Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal o Sin Zonal	1. Recibe las tres copias del Formulario COT - 01, copia de su liquidación de aportes y recibo de caja con como constancia del pago realizado por la Empresa e Institución a protocolar y depositar la documentación de acuerdo al siguiente orden: • Copia 1 y 2, Planilla de Reintegro, liquidación de aportes y recibo de caja para archivo de liquidaciones. • Copia 3 y Planilla de Reintegro a Colecciones de Oficina Nacional. 2. Las Planillas de Reintegro de Sueldos y Salarios, que no sean presentados dentro del mes siguiente al plazo establecido por normativa vigente, serán sujetos a la aplicación de intereses y multas. Nota: Posteriormente, ver Procedimiento Liquidación de Aportes en Mora.	3 días	Formulario COT-01 planilla sueldos y salarios de caja

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

- Aportes al Seguro de Salud cobrados a las Empresas e Instituciones oficiales a nuestra institución.



Caja Costarricense de Seguro Social

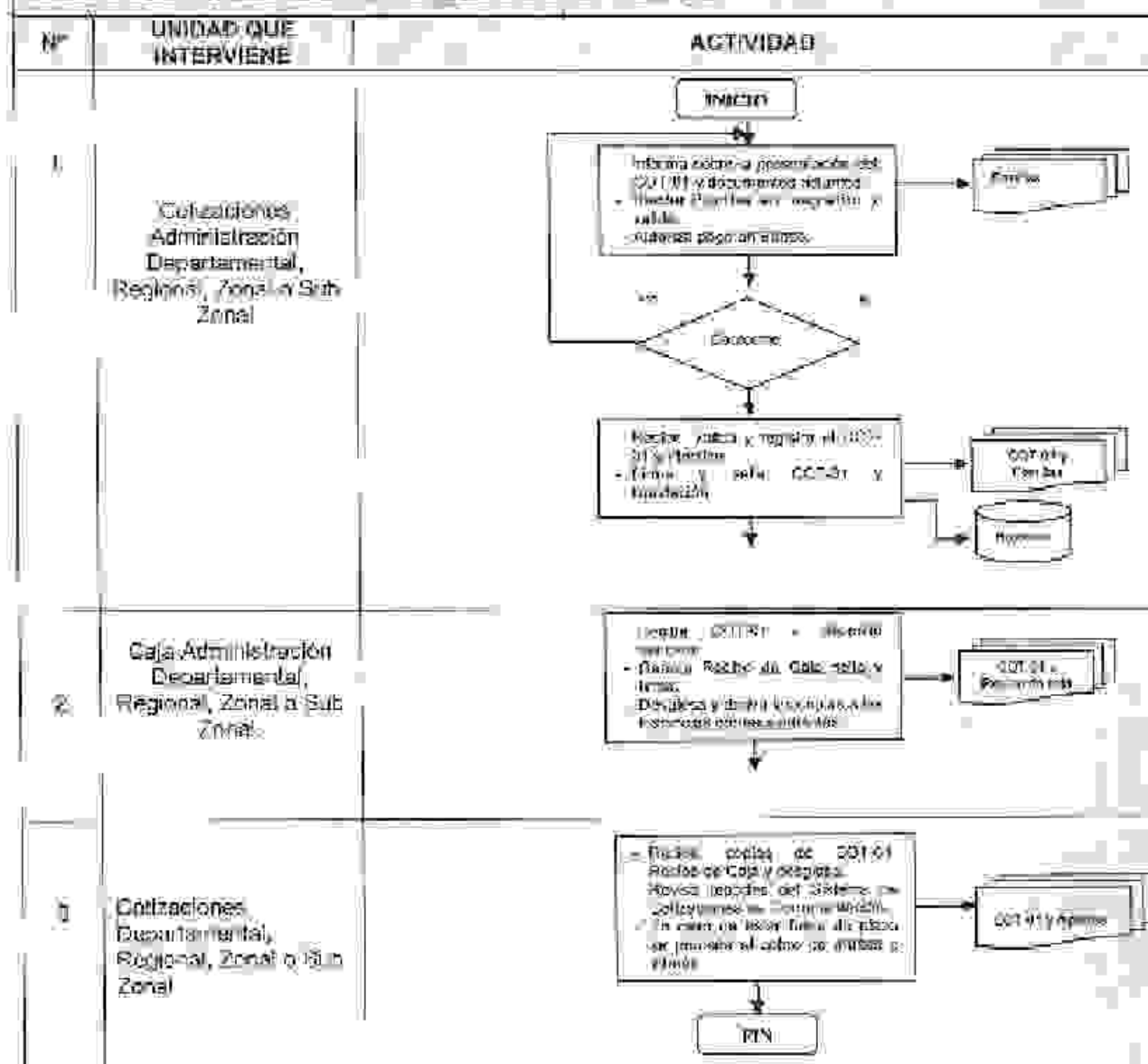
Nombre del Sistema	OTROS
Carácter	Operativa
Uso	Operativa
Responsable	OT

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS -COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PLANILLAS DE REINTEGROS





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS- COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PLANILLAS ADICIONALES

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos— legales en el área de Cotizaciones de la Casa Petrolera de Salud.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL- ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Departamento de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Cuba Medio y otras disposiciones internas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

NP	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTO S
1	Cotizaciones Oficina Nacional Administración Departamental Regional, Zonal, Sub Zonal	a. Recibe de la Empresa o Institución el Formulario COT - 01 y documentos adjuntos de acuerdo al siguiente orden: a. Planillas de Sueldos y Salarios en medio físico y magnetico, de acuerdo al formato definido por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social) del mes que corresponde, debidamente firmada y sellada por el Representante Legal o Máxima Autoridad de la Institución y Responsable de su elaboración, en dos originales, información del medio magnetico que sea coherente con los datos registrados en el Sistema de Afiliaciones al mes del evento. En caso de existir diferencias, no se aceptará el Formulario COT - 01 ni los documentos adjuntos y se informará a la Empresa o institución declarante para su regularización antes del vencimiento del evento. b. Formulario COT - 01 "Liquidación Mensual de Aportes" (original y cuatro copias) y revisa los datos consignados en el Formulario COT - 01, de acuerdo al: Datos del Empleador: ✓ Administración a la que corresponde ✓ Fecha de emisión ✓ Nombre o Razón Social de la Empresa o	45 minutos 45 minutos	Planilla de Sueldos y Salarios Formulario COT-01



Comptroller General of the Republic

FECHA DE ELABORACIÓN	01/01/2011
PROCESO	Atención
TIPO DE DOCUMENTO	Formulario

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		Institución ✓ Dominio legal de la Empresa o Institución ✓ Teléfono ✓ Número del Empleador (Número Patronal) ✓ Número de identificación (Rutafina - N.I.T) ✓ Correo electrónico e mail ✓ Matrícula (solo para Asegurados Voluntarios) Declaración del Empleador: ✓ Número de trabajadores (dato que debe coincidir con el número total de trabajadores reflejado en la Planilla de Sueldos y Salarios incluyendo eventuales) ✓ Mes y año de la Planilla de Sueldos y Salarios ✓ Gancho Cotizable en Bs ✓ Tasa de Aporte (10%) ✓ Cotización en Bolivianos ✓ Total a Pagar ✓ Nombre, firma y sello del Representante Legal o Firma Autorizada ✓ Sello de la Empresa o Institución ✓ Firma y sello del Liquidador de Cotizaciones Cuando el Formulario COT - 01 presente observaciones como ser: borrones, emblemas, correcciones y firmas al constituirse el mismo en una Declaración Jurada, el liquidador de cotizaciones deberá rechazar a la Empresa o Institución cotizante para que subsane y presente otro formulario debidamente llenado. c. Depósito bancario que respalde el pago de la cotización en dos fotografías (legibles) 2. Breve revisión de los datos consignados en el Formulario COT - 01, Planilla Adicional de Sueldos y Salarios, se procede a la liquidación de aportes 5. El funcionario de Cotizaciones, <u>firma y sella</u> el Formulario COT - 01 y la liquidación luego deriva al Caja para su registro correspondiente	55 minutos	Formulario COT-01



El presente es un documento de trabajo.

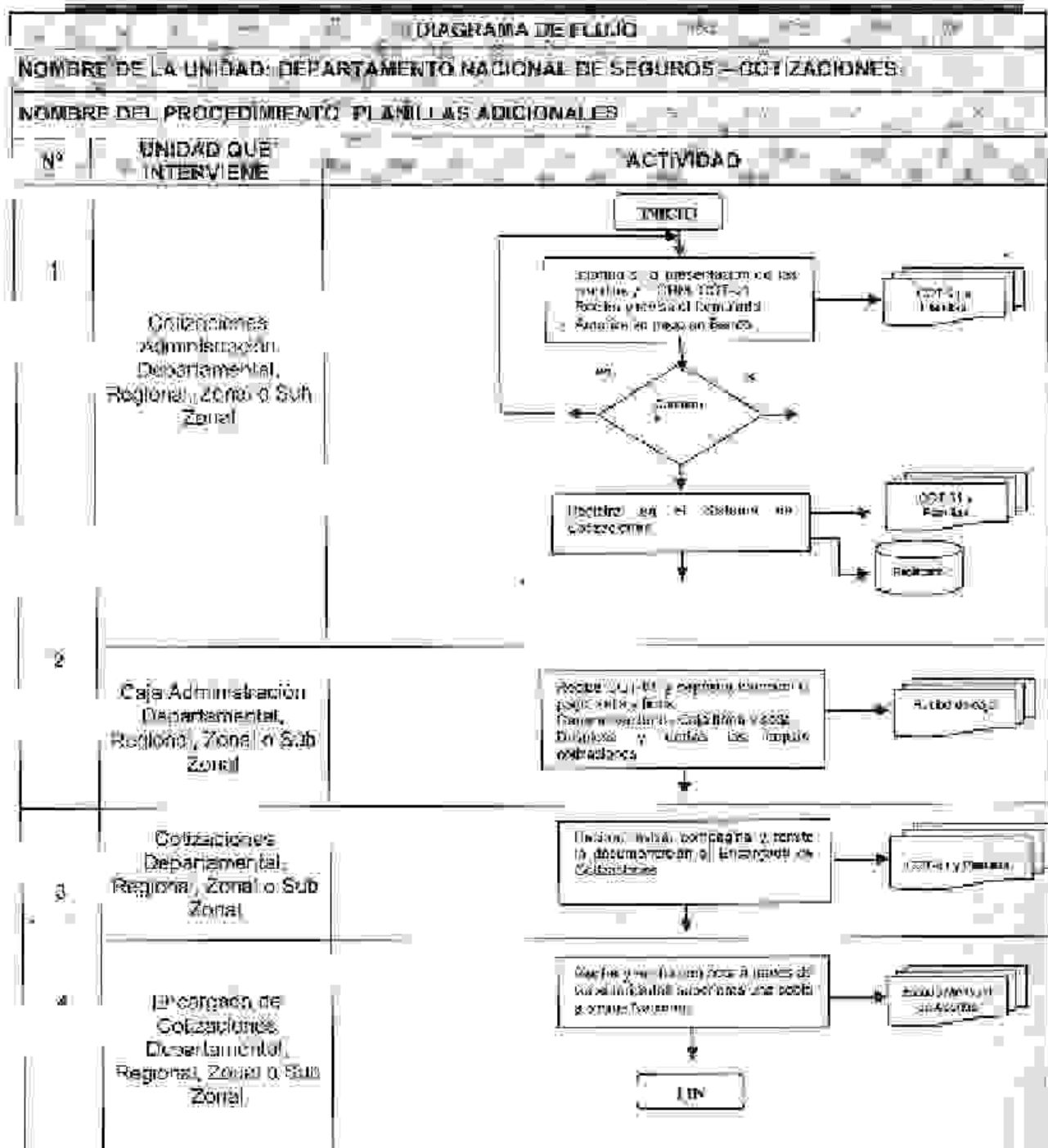
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL
18 Feb. 2011

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
2	Caja Administración Departamental Regional, Zona Sub Zona	1. Recibe el formulario COT-01 de la Planilla Adicional de Sueldos y Salarios y verifica el número de liquidación realizada por cotizaciones. 2. Desglosa y deriva las copias del Formulario COT-01 en el siguiente orden: • Original a Contabilidad. • Copia 1, 2 y 3 a Cotizaciones. • Copia 4 a las Empresas e Instituciones.	50 minutos 1 día	Formulario COT-01 Formulario COT-01
3	Entes Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zona Sub Zona	1. Recibe las tres copias del Formulario COT-01: 1ª copia de la liquidación y Recibo de Caja, como constancia, el pago realizado por la Entidad, procede a compaginar la documentación de acuerdo a siguiente orden: • Copia 1 y 2, Planilla Adicional de Sueldos y Salarios, liquidación y Recibo de Caja para archivo de Contabilidad. • Copia 3 y Planilla Adicional de Sueldos y Salarios a Cotizaciones de Oficina Nacional. Las Planillas Adicionales que están fuera de término serán sujetas a intereses y multas.	3 días	Formulario COT-01



Manifiesto de Procesos y Procefactantes de Seguros





caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ANULACIÓN Y REEMPLAZO EXCEPCIONAL DE UNA COTIZACIÓN

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo, uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos, legales en el área de Cotizaciones de la Caja Petrolera de Salud.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Regionales, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación al Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Encargado de Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Una vez detectado errores en una liquidación, dentro de la misma gestión, se emite la anulación de la misma y en posterior reemplaza por una nueva, sin que se modifique bajo ningún concepto el importe pagado. Los únicos datos a ser modificados pueden ser: Código del Apoderado = Mes del Apuro	2 días	Estados Mensuales Formulario COT-01 Famílias de Sueldos y Salarios y Liquidación
2	Contabilidad de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe la nota adjunto documentos de respaldo y realiza el ajuste contable e inscribe a Caja la anulación del Recibo de Caja asociado a la liquidación observada.	1 día	Informe
3	Cajero de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. En el Sistema de Caja anula el Recibo de Caja y emite a Cotizaciones.	40 minutos	Recibo de Caja anulado
4	Encargado de Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe y realiza una nueva liquidación, con la información correcta y deriva a Caja para la emisión del Recibo de Reposición.	30 minutos	Formulario COT-01 Planillas de Sueldos y Salarios y Liquidación



Caja Costarricense de Seguro Social

AUTORIZACION	
REVISOR	ESTADISTA
REVISOR	CONTADOR
REVISOR	PROCESADOR

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTO
5	Caja de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe la nueva liquidación emitida por Colaboraciones. 2. Emite el Recibo de Resolución con el sello "SIN IMPORTE A PAGAR" que deba hacer referencia al Recibo de Caja anulado.	40 minutos	Formulario COTE-01



SECRETARÍA DE SALUD

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

HONORABLE DISTRITO

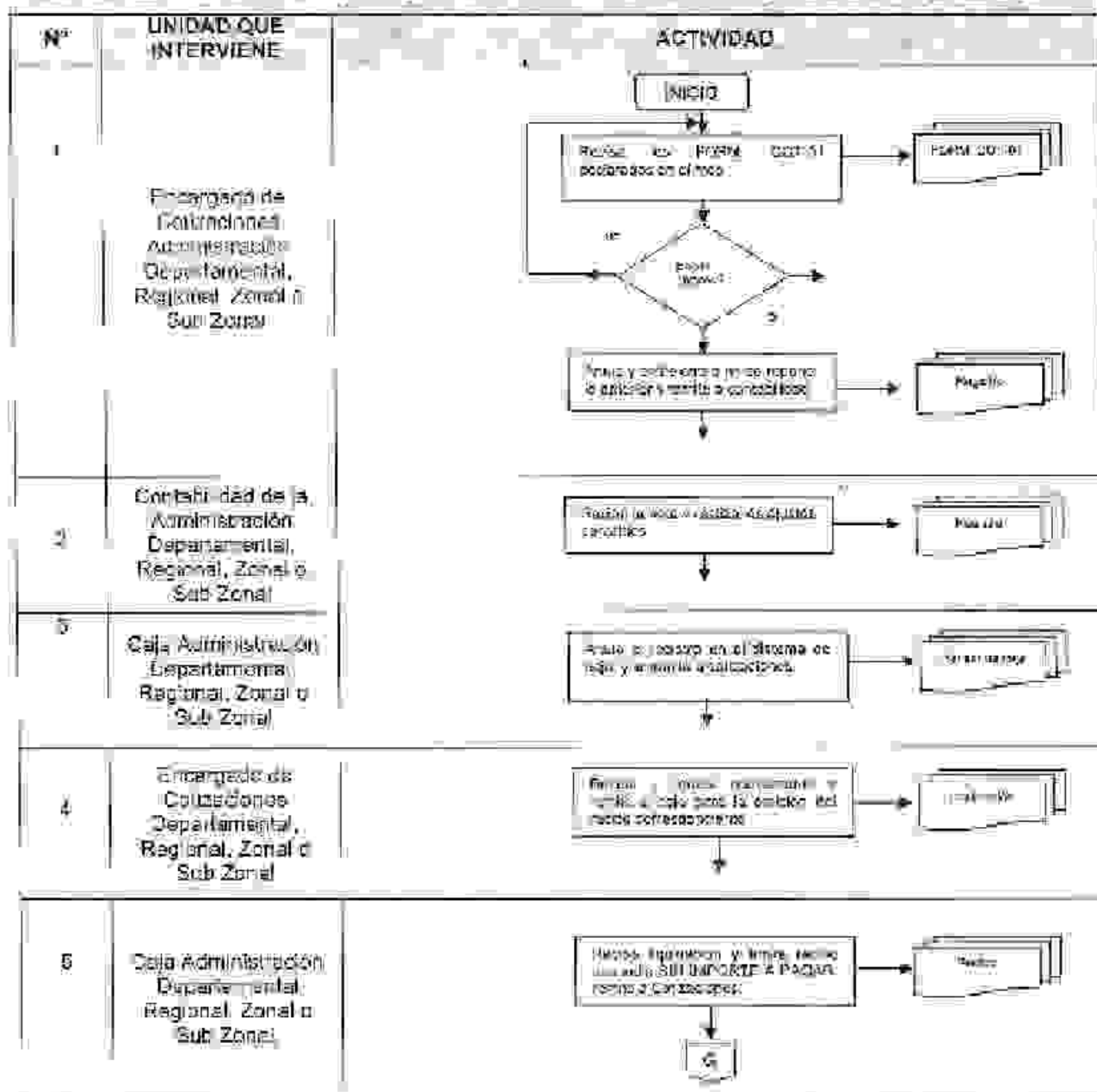
25 MAR 2014

APROBADO
FISCAL ORIGINAL
LA PAZ - Bogotá

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ANULACIÓN Y REEMPLAZO EXCEPCIONAL DE UNA COTIZACIÓN





aspa seguros de salud

COORDINADOR	BOGOTÁ
ASISTENTE	BOGOTÁ
FECHA	10/01/11
VERSIÓN	1.0

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

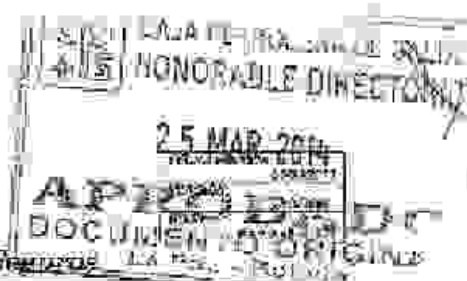
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ANULACIÓN Y REEMPLAZO EXCEPCIONAL DE UNA COTIZACIÓN

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
8	Encargado de Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zona	



Caja Petrolera de Salud

Manual de Procedimientos y Procedimientos de Seguros



5.1. De la Presentación de Planillas de Sueldos y Salarios

Todos los Empleadores están obligados a presentar mensualmente las Planillas de Sueldos y Salarios en medio físico y magnético (de acuerdo a formato establecido por el Ministerio del Trabajo, Empleo y Previsión Social), sujetándose a los plazos establecidos en el Artículo 430 del R.C.S.S. y D.S. 183714, que en su Artículo 2 parágrafo II establece: (...) El incumplimiento de la entrega de planillas en el plazo máximo de 30 días de vencido el mes correspondiente (sin carácter general) y de 30 días para los salarios mineros y petroleros, se sancionará con una multa igual al 1% mensual de la cotización correspondiente a la última planilla presentada.

En consecuencia, los Empleados o Instituciones, deben presentar obligatoriamente, las Planillas de Sueldos y Salarios en medio magnético y físico para el control individual de aportes, verificaciones y liquidación de aportes.

La imposibilidad de pagar las cotizaciones mensuales, no extingue al Empleador la obligación de presentar las Planillas de Sueldos y Salarios.

5.2. Liquidación por la No Presentación Oportuna del Aviso de Baja del Asegurado

Cuando concluya la relación laboral entre el Trabajador y su Empleador, este último, obligatoriamente en el término máximo de cinco (5) días hábiles debe comunicar el hecho a la Caja Petrolera de Salud, utilizando el Formulario AFIL-05 AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO. La recepción del Formulario Aviso de Baja del Trabajador, fuera del plazo, ocasionado, en la falta previa liquidación y cancelación de la inscripción.

El incumplimiento o retraso de la presentación del AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR será sancionado de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2, parágrafo II de D.S. 25714, que establece una multa del 1% mensual su cotización correspondiente a la última planilla presentada donde figuraban el o los trabajadores retirados.

Para el cálculo de la multa por la no presentación oportuna del Formulario AFIL-05 AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO a la que hace referencia el D.S. 25714, debe tomarse en cuenta el total del Salario Cotizable de la última Planilla de Sueldos y Salarios en la cual figura el o los trabajadores; salario que deberá ser actualizado de acuerdo a las variaciones de la Unidad de Fomento a la Vivienda (U.F.V.) y tal como se establece el Artículo 2 Parágrafo I inciso b) del mencionado Decreto, concordante con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 2484 de fecha 21 de diciembre de 2004.



caja costarricense de seguro social

ESTADO: GUAYMAS	PAIS: COSTA RICA
REGION: GUAYMAS	CANTON: GUAYMAS
MUNICIPIO: GUAYMAS	PARROQUIA: GUAYMAS

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS- COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACIÓN POR LA NO PRESENTACIÓN OPORTUNA DEL AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo, uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos—logísticos en el área de Cotizaciones de la Caja Costarricense de Salud.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL: ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administraciones, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Cotto Plazo y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTO S
1	Afiliaciones Departamental, Regional, Zonal y Sub-Zonal	1. A la presentación del Formulario Aviso de Baja de Asegurado, revisa y verifica que el mismo esté dentro el plazo establecido para su presentación. 2. De encontrarse fuera del plazo establecido en el O.S. 25714, informa al Empleador sobre el procedimiento a seguir para el pago de la multa establecida y deriva a Cotizaciones.	45 minutos	Formulario Aviso de Baja del Asegurado
		1. Recibe y revisa el Formulario AFIL-05 AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO y fotocopia de la última Planilla de Sueldos y Salarios en la que figura el (los) trabajador (es) retirado, con la que pagó el aporte correspondiente. 2. Procesa la liquidación de la multa y deriva a la Empresa o institución para su cancelación en el Sistema Bancario.	50 minutos 50 minutos	Formulario Aviso de Baja del Asegurado y Planilla de Sueldos y Salarios
2	Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal y Sub-Zonal	Ejemplo 1: El 24 de agosto de 2012 la Empresa "JAZMIN" S.R.L. presenta el Formulario AFIL-05 AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO del Sr. Carlos Mendoza López, de la revisión del mismo se evidencia que la persona trabajó en la empresa hasta el 31 de julio de 2012. ANÁLISIS La Empresa "JAZMIN" S.R.L. debió presentar el formulario AFIL-05 AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO dentro los 5 días hábiles posteriores a la conclusión de la relación laboral es decir hasta el 6 de agosto de 2012. A partir del jueves 9 de agosto de 2012 el Empleador		



Caja de Seguro de Salud



CAJA DE SEGURO DE SALUD
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2012

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

está obligado a cancelar la multa por la no presentación oportuna del Formulario AFIL-05 AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO. En consecuencia, para calcular la multa, se debe realizar lo siguiente:

- Determinar los días de retraso en la presentación del Formulario AFIL-05
- Actualizar la cotización del mes en el que figura el trabajador, tomando en cuenta el YEM del sexto día respectivo a la fecha de pago.
- Calcular la multa del 1% mensual sobre la cotización actualizada.

RETIRO DEL TRABAJADOR	AGOSTO 2012							
MARTES	MIÉ	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIÉ
31-07-12	1	2	3	4	5	6	7	8
DÍAS	11	12	13	14	15	16	17	18

CÁLCULO DE LA LIQUIDACIÓN:

NOMBRE	FECHA RETIRO	FECHA DE PRESENTACIÓN AFIL-05
Ortiz Mendoza Luzel	31-07-2012	29-08-2012

EMPRESA "JAZMIN S.R.L."
LIQUIDACIÓN POR LA NO PRESENTACIÓN OPORTUNA DEL
AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO
(En Bolivianos)

TOTAL SUMINISTRE LA PLAZA JULIO-2012	APORTE 70%	VALOR NETO INICIAL	VALOR A LA FECHA DE LIQUIDACIÓN DEL AUMENTO	APORTE ACTUALIZADO	MULTA 1% MENSUAL
30089.00	2106.23	177632	177634	30933.1	30.07

Cálculo: $30089.01 \times 1\% = 30.07$

3.- Una vez efectuaron el pago, en el Sistema de Cotizaciones, se procede al registro.



superintendencia de seguros

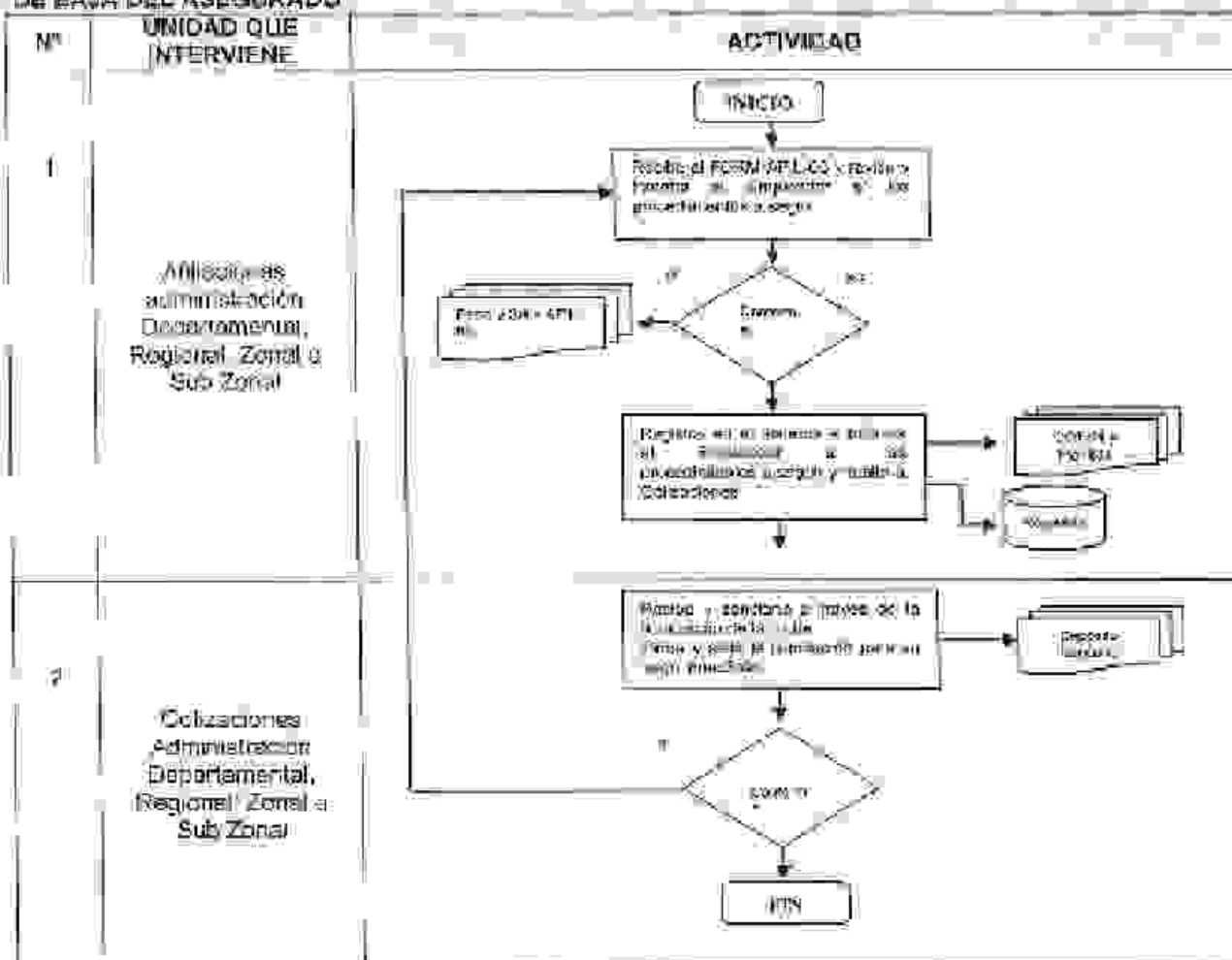
FORMA ZUS0000	ANEXO 10
VERSION	04/2016
FECHA	12/09/2016

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS – COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACION POR LA NO PRESENTACION OPORTUNA DEL AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO





COSEPOLCERAMIA S.A.S.

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



6. De la Liquidación y Pago de Aportes Devenigados en Mora

En caso de existir pagos totales o parciales de las cotizaciones fuera de plazo, serán sujetas a sanciones, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2 Numeral 1 del D.S. 25714, que establece:

- a) Un interés igual a la tasa activa bancaria comercial promedio nominal para créditos en moneda nacional con mandamiento de valor publicado por el Banco Central de Bolivia, y vigente a la fecha de pago de las cotizaciones. De acuerdo a información y actualización emitida por el INASES de la tasa activa anual y mensual.
- b) El monto de las cotizaciones pagadas fuera de término se actualizará sobre la base de la variación de las U.F.V's (Unidad de Fomento a la Vivienda) al día de pago respecto a la moneda nacional, producida entre el día de vencimiento de la obligación y el día hábil anterior a la fecha de pago.
- c) Una multa equivalente al 10% de los intereses previstos en el inciso a)



caja petrolera de salud

FECHA EMISSION:	____/____/____
EMISION:	____/____/____
RECIBO:	____/____/____

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACION DE APORTES EN MORA

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo: uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos – legales en el área de Cotizaciones de la Caja Petrolera de Salud.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL, ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones, Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTO															
		1. Vendido el plazo para el pago de aportes de las Empresas o Instituciones, se calcularán intereses y multas, tomando en cuenta los días de mora, a partir del primer día del mes siguiente al mes vencido hasta la fecha de pago.	45 minutos	Formulario COT-01 Planillas															
		Vencido el quinto (5) día hábil del mes de la cotización, para el pago de aportes del Asegurado Voluntario, se calcularán intereses y multas, tomando en cuenta los días de mora, a partir del sexto día hábil del mes hasta la fecha de pago.																	
		Actualización de la cotización: La actualización de la cotización pagada fuera de término, se calculará en base a la variación de la "UNIDAD DE FOMENTO A LA VIVIENDA (U.F.V.)".																	
1	Cotizaciones Administració n Departament al Regional, Zonal o Sub Zonal	Ejemplo: ACTUALIZACIÓN DE APORTES DEVENGADOS NO DECLARADOS A LA C.P.S. EMPRESA "JAZMIN S.R.L." APORTE DEVENGADO POR EL MES DE MAYO DE 2012. (Expresado en dólares)																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>SALARIO COTIZABLE MAYO/12</th><th>APORTE 10%</th><th>UPV A LA FECHA DE MORA 01/06/12</th><th>UPV A LA FECHA DE LIQUIDACIÓN 09/07/12</th><th>APORTE ACTUALIZADO 09/07/12</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td><td>$A \times 10\%$</td><td>B</td><td>C</td><td>$A + B \times (100)$</td></tr> <tr> <td>30.000,00</td><td>3.000,00</td><td>1,75882</td><td>1,76131</td><td>5.219,48</td></tr> </tbody> </table>	SALARIO COTIZABLE MAYO/12	APORTE 10%	UPV A LA FECHA DE MORA 01/06/12	UPV A LA FECHA DE LIQUIDACIÓN 09/07/12	APORTE ACTUALIZADO 09/07/12	A	$A \times 10\%$	B	C	$A + B \times (100)$	30.000,00	3.000,00	1,75882	1,76131	5.219,48		
SALARIO COTIZABLE MAYO/12	APORTE 10%	UPV A LA FECHA DE MORA 01/06/12	UPV A LA FECHA DE LIQUIDACIÓN 09/07/12	APORTE ACTUALIZADO 09/07/12															
A	$A \times 10\%$	B	C	$A + B \times (100)$															
30.000,00	3.000,00	1,75882	1,76131	5.219,48															
		APORTE ACTUALIZADO = APOORTE 10% (UPV F. LIQUIDACIÓN + UPV F. MORA)																	



Caja Costarricense de Seguro Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		APORTE ACTUALIZADO = $2.156.007 (1.763.411,75847) + Bs 3.013,48$ Días de Mora. - Los días de mora se determinan a partir del primer día del mes siguiente al mes vencido hasta el día hábil anterior a la fecha de pago. Ejemplo: La Empresa JAZMIN S.R.L. no cancela el aporte de mes de MAY/12 hasta el último día hábil del mes de JUN/12. La empresa cancela el aporte el 19 de julio de 2012, por lo tanto los días de mora se calculan de la siguiente forma: MESES EN MORA = MAY/2012 FECHA LÍMITE PAGO = 28 de Junio/2012 FECHA DE PAGO = 19 de Julio/2012 DÍAS MORA = 30 días Junio + 9 días Julio = 39 Días Cálculo de Intereses. - Los intereses deben ser calculados en función a la tasa activa bancaria comercial promedio nominal. De acuerdo a información y actualización emitida por el INABES, actualmente la tasa activa es de 12,4% anual y 0,688% mensual. Ejemplo: APORTE ACTUALIZADO = Bs 3.013,48 DÍAS MORA = 39 Días TASA ACTIVA BANCARIA DIARIA = $22\% / 360 = 0,022288\%$ INTERÉS = $\text{APORTE ACTUALIZADO} * \text{TASA ACTIVA BANCARIA} * \text{DÍAS MORA}$ INTERÉS = $3.013,48 * 0,022288\% * 39$ INTERÉS = Bs 26,90 Cálculo de Multa. - La multa corresponde al 10% del interés MULTA = $\text{INTERÉS} * 10\%$ MULTA = $26,90 * 10\% = Bs 2,69$ Multa por la no presentación de Planillas de Sueldos y Salarios. - Cuando la Empresa o Institución no presenta la Planilla de Sueldos y Salarios del mes correspondiente en el		



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS																								
	plazo establecido, se sancionará con una multa igual al 1% mensual del aporte actualizado a la fecha de pago. MULTA POR NO PRESENTACIÓN DE PLANILLAS $\text{MULTA} = \text{APORTE ACTUALIZADO} \times 1\%$ JUNIO = 1% JULIO = 1% TOTAL = 2% MULTA POR PLANILLA = $3.043,33 \times 2\% = Bs 60,86$ De acuerdo al ejemplo descrito, la Caja Patrolera de Salud debe cobrar a la EMPRESA "JAZMIN S.R.L." el aporte del mes de mayo por un total de Bs. 3.104,33 que incluye aporte actualizado, intereses y multas de acuerdo al siguiente detalle: EMPRESA "JAZMIN S.R.L." TOTAL APORTES A PAGAR POR EL MES DE MAYO 2012 (Expresado en Bolivianos) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ROLARIO COTIZABLE MAYO 12</th> <th>APORTE 10%</th> <th>INTERESES SOBRE COTIZACIÓN</th> <th>TOTAL APORTES ACTUALES (COT)</th> <th>INTERESES SOBRE COTIZACIÓN</th> <th>MULTA DEL 10%</th> <th>MULTA ACTUAL DEL 1%</th> <th>TOTAL A PAGAR</th> </tr> <tr> <th>a</th> <th>b</th> <th>c</th> <th>d</th> <th>e</th> <th>f</th> <th>g</th> <th>h = d+e+f+g</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30.000,00</td> <td>3.000,00</td> <td>38,33</td> <td>33.038,33</td> <td>3.304,12</td> <td>3.304,12</td> <td>33,04</td> <td>39.685,57</td> </tr> </tbody> </table>	ROLARIO COTIZABLE MAYO 12	APORTE 10%	INTERESES SOBRE COTIZACIÓN	TOTAL APORTES ACTUALES (COT)	INTERESES SOBRE COTIZACIÓN	MULTA DEL 10%	MULTA ACTUAL DEL 1%	TOTAL A PAGAR	a	b	c	d	e	f	g	h = d+e+f+g	30.000,00	3.000,00	38,33	33.038,33	3.304,12	3.304,12	33,04	39.685,57		
ROLARIO COTIZABLE MAYO 12	APORTE 10%	INTERESES SOBRE COTIZACIÓN	TOTAL APORTES ACTUALES (COT)	INTERESES SOBRE COTIZACIÓN	MULTA DEL 10%	MULTA ACTUAL DEL 1%	TOTAL A PAGAR																				
a	b	c	d	e	f	g	h = d+e+f+g																				
30.000,00	3.000,00	38,33	33.038,33	3.304,12	3.304,12	33,04	39.685,57																				
	2. El representante de cotizaciones autoriza a la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario la cancelación en el mismo día de haberse efectuado dicha liquidación, en caso de realizarse el pago en fecha posterior, la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario deberá apersonarse a Cotizaciones para efectuar una nueva liquidación. 3. Una vez que la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario efectúa el pago, se procederá a verificar que el importe de la liquidación sea correcta. 4. Registra en el Sistema de Cotizaciones dicha liquidación. 5. Firma y Sella el Formulario COT-01 y la liquidación. 6. Recibe el Formulario COT-01 y verifica el número de liquidación realizada por Cotizaciones.	30 minutos	Formulario COT-01 Planillas																								
Caja de la Administración 2. Departamento al, Regional, Zonal o Sub Zonal	2. Desglosa y deriva las copias del Formulario COT-01 en el siguiente orden: • Original a contabilidad • Copia 1, 2 y 3 a Cotizaciones • Copia 4 a la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario	45 minutos	Formulario COT-01 Liquidación Formulario COT-01																								



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MINISTERIO DE SALUD

HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

RECEPCION

APROBADO

DOCUMENTOS

La Paz - Honduras

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
3	Cooperación Administrativa Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	- Recibe las tres copias del Formulario COT - 01, copia de la liquidación y Recibo de Caja y procede a compaginar la documentación de acuerdo al siguiente orden: - Copias 1 y 2, Planilla de Sueldos y Salarios, liquidación y recibo de caja para archivar en el sistema. En caso de que la cotización, es decir, el valor sea para una Administración, se enviará la copia 3 y documentos de respaldo a la Administración beneficiaria de la cotización. - Copia 4, Planilla de Sueldos y Salarios a Cotizaciones de Oficina Nacional. - Realiza la revisión interna entre documentos y los Reportes del Sistema.	3 días	Copias Formulario COT-01, Planilla de Sueldos y Salarios, liquidación y Recibo de Caja
4	Encargado de Cooperación Administrativa Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	- Impone el Estado Mensual de Aportes en tres ejemplares, firmados por el Responsable de Cooperación, Jefe Administrativo Financiero y el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal, restringidos a: - Cotizaciones de Oficina Nacional adjunto Formulario COT-01 y Planilla de Sueldos y Salarios. - Unidad de Contabilidad de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal. - Archivo de Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal. - Remite a el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal, el Estado Mensual de Aportes, para la Sección Nacional de Cotizaciones y Administraciones cuando corresponda para el registro del aporte o restablecimiento de la atención médica.	3 días	Formularios COT-01 y Reportes del sistema, Reportes mensuales del sistema

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

- Aportes en mora de Seguros de Salud otorgados a las Empresas e Instituciones afiliadas a nuestra institución.

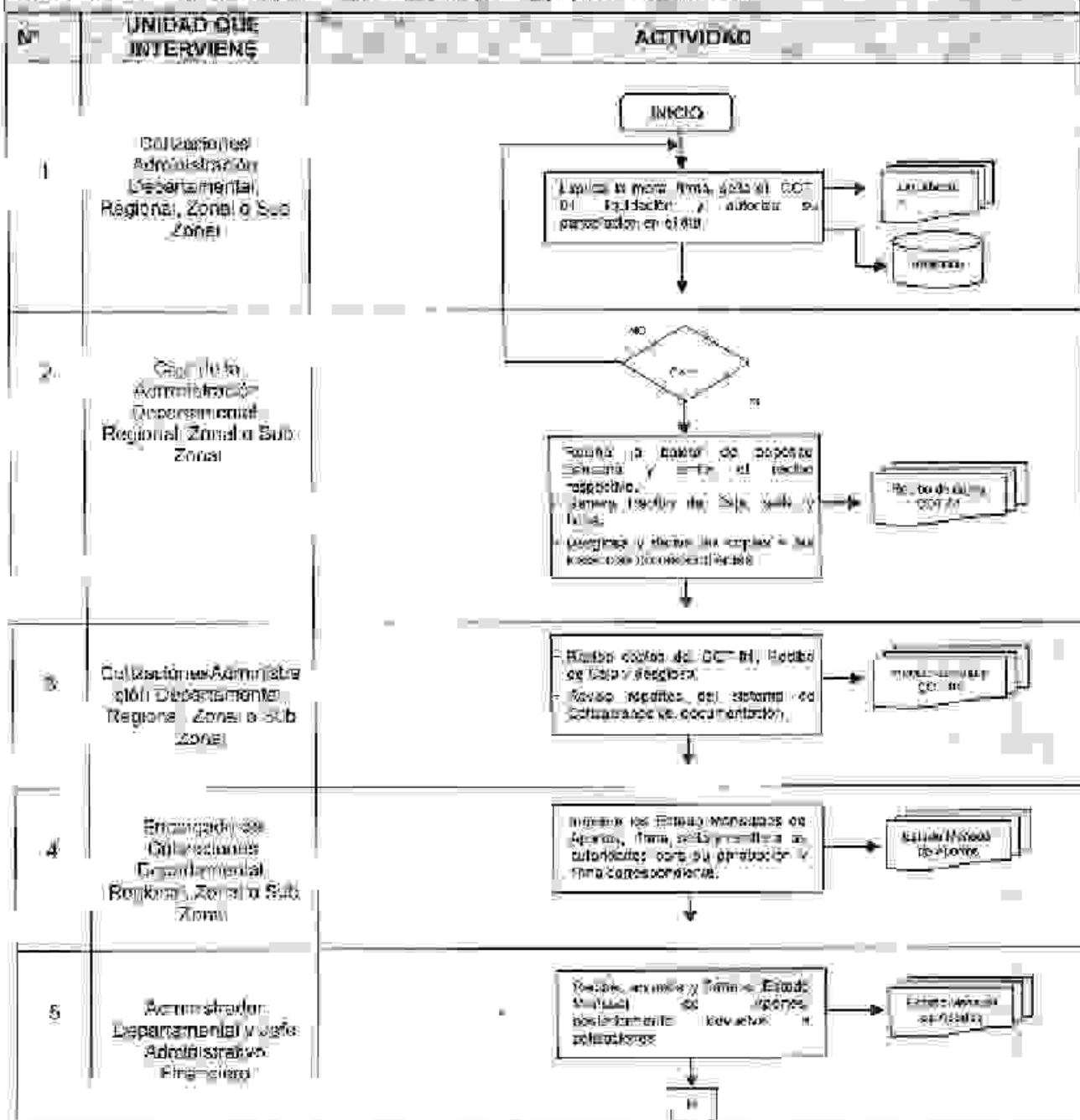


Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS -COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACION DE APORTES EN MORA

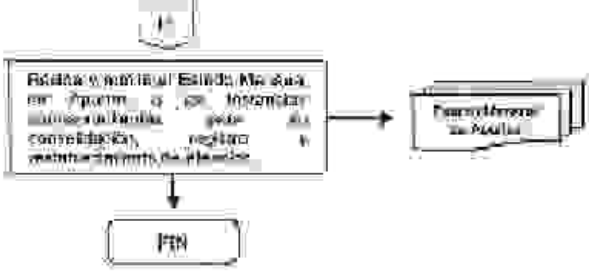




Ministerio del Interior

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE LA PAZ
MAYORALDÍA DIRECTIVA
25 MAR 2014
APPROBADO
DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN
La Paz - Bolivia

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
0	Política de Gobierno, Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	 <pre> graph TD A[Recepción de información de diversas fuentes: policía, judicial, etc.] --> B[Base de datos de la ciudad de La Paz] B --> C[Reporte final] </pre>



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

6.1 Comunicación de Adeudos

La Comunicación de Adeudos es el documento de Liquidación de Aportes Devengados por tasación de oficio, incluye intereses y multas, es emitido por la Unidad de Contratación, para la comunicación en la vía administrativa a las Empresas, Instituciones o Asegurados Voluntarios que incumplieron el pago de los Aportes Patronales de un determinado periodo.

El Formulario COT - V2 Comunicación de Adeudos se emite en las siguientes casos:

- Aportes devengados por tasación de oficio, en el incumplimiento del aporte patronal mensual, según la base de la cotización correspondiente a la última planilla presentada;
- Por la no presentación de Planillas de Sueldos y Salarios en el plazo establecido (BISMA);
- Excepcionalmente por la no presentación oportuna de Aviso de Baja del Asegurado (en caso de baja solicitada por el asegurado). De acuerdo a lo establecido en el Artículo 44 del Reglamento Único de Millación y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo.

Por cada mes en mora, se generará una Comunicación de Adeudos, y tendrá validez hasta su cancelación actualizada a la fecha de pago o prisión en la Nota de Cargo.

El plazo establecido para el pago de la Comunicación de Adeudos es de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de su recepción.



Caja Costarricense de Seguro Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: COMUNICACIÓN DE ADEUDOS

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo, uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos - legales en el área de Cotizaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES, UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN:

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Contrataciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones legales.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones de Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Subzonal	1. A partir del día once (11) de cada mes, y sobre la base de la emisión del Estado Mensual de Aportes en Mora, se elabora el Formulario COT-02 COMUNICACIÓN DE ADEUDOS de las Empresas, Instituciones o Asegurados Voluntarios en mora, en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles inefectivamente bajo sanción establecida en normativo interno vigente.	1 día	Estado Mensual de Aportes en Mora
2		2. El Formulario COT-02 COMUNICACIÓN DE ADEUDOS se le describe en la Liquidación de Aportes Devengados por Tasación de Oficio, que incluye Intereses y Multas y debe consignar los siguientes datos: ✓ Número de formulario ✓ Número correlativo de la Comunicación de Aduenos que contiene la Sigla de la Administración y número que corresponde. Ejemplo: (I.P.Z.-COT-CA-0001-2012) ✓ Lugar y fecha de emisión ✓ Nombre o Razón Social de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario ✓ Número del Empleador ✓ Nombre del Representante Legal de la Empresa, institución o Asegurado Voluntario ✓ Domicilio Legal de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario ✓ Teléfono de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario ✓ Salario Cotizable de la última Póliza presentada ✓ Mes del último aporte pagado a la C.P.S. ✓ Salario actualizado a la fecha de emisión de la		



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		Comunicación de Adeudos. ✓ Cotización 10% ✓ Intereses ✓ Multas ✓ Multa del 1% por la No Presentación de Pólizas ✓ Total de la Liquidación (Numeral y Litera) ✓ Plazo establecido para el pago de la Comunicación de Adeudos ✓ Nombre, Firma y Sello del Responsable de Cotizaciones ✓ Nombre, Firma y Sello del Jefe Administrativo Financiero ✓ Nombre, Firma y Sello del Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal ✓ Distribución de Original y copias de la Comunicación de Adeudos.		
		2. La emisión del Formulario GOT-02 Comunicación de Adeudos debe ser de forma correlativa, en un original y tres copias, con la siguiente distribución: • Original a la Empresa, Institución o Asegurado voluntario en Mora. • Primera copia notificada a Cotizaciones para la emisión de la Nota de Cargo (cuando corresponda) • Segunda copia para el Archivo correlativo de Cotizaciones • Tercera copia para Control de Seguros o Autoridad Competente de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal	2 días	Comunicación de Adeudos
		4. Los plazos de emisión y firma de la Comunicación de Adeudos, serán: a. La Comunicación de Adeudos del mes en mora, deben ser emitidas, firmadas y selladas por el Encargado de Cotizaciones b. La Comunicación de Adeudos del mes en mora, deben ser firmadas y selladas por el Jefe Administrativo Financiero Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal, (En las Administraciones que cuenten con esta Autoridad). c. La Comunicación de Adeudos del mes en mora, deben ser firmadas y selladas por el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal.	1 día	Comunicación de Adeudos
			1 día	Comunicación de Adeudos
			1 día	Estado Mensual de Comunicación de Adeudos
		5. Posterior a la emisión de la Comunicación de Adeudos del mes en mora, se imprimirá el Estado Mensual de Comunicación de Adeudos en cuatro (4) ejemplares para las siguientes instancias: a. Archivo de Cotizaciones. b. Control de Seguros o personal delegado. c. Cotización Nacional	60 minutos	Impresión Estado Mensual de Comunicación de Adeudos



caja petrolera de salud

CAJA PETROLERA DE SALUD
HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguimiento

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		di Notificador. 6. Una vez que la Comunicación de Adeudos cuenta con todas las firmas, mediante nota remite al Notificador designado adjuntando el Estado Mensual de Comunicación de Adeudos y las Comunicaciones de Adeudos, para ser entregada a la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario en mora, en el plazo máximo de cinco días hábiles a partir de la recepción.	1 día	Nota de atención Estado Mensual de Comunicación de Adeudos y Comunicaciones de Adeudos
2	Notificador designado de Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Recibe la nota con los documentos de respaldo. 2. Dentro el plazo procede a la entrega de las Comunicaciones de Adeudos a las Empresas, Instituciones o Asegurados Voluntarios. 3. En caso de no haberse entregado a la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario la Comunicación de Adeudos, el funcionario y/o notificador deberá realizar la representación con la siguiente información: a. Nombres y Apellidos del notificador. b. Número de Cédula de Identidad. c. Lugar, fecha y forma de representación. d. Causa, motivo o circunstancia de la representación: - Inexistencia de la Empresa o Institución en el domicilio señalado. - No existe domicilio legal de la Empresa o Institución. - No pudo recibir. - Cambio de Representante Legal. e. Firma del notificador.	5 días	Comunicación de Adeudos
3	Encargado de Cotizaciones de Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Cuando la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario, se apersona a Cotizaciones para cancelar la Comunicación de Adeudos, se <u>re liquidará a la fecha de pago (débito o crédito relativo)</u>. 2. Una vez re liquidada la Comunicación de Adeudos, la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario, en el día se apersona a la institución financiera para cancelar la Comunicación de Adeudos. 3. En el mismo día la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario se apersona a Cotizaciones para el registro en el sistema de cotizaciones. 4. Deriva a la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario a Caja para el canje de la boleta de depósito bancario.	1 día	Comunicación de Adeudos Resguardo de la Comunicación de Adeudos
4	Caja de Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Recibe la boleta de depósito bancario y genera el Recibo de Caja para su registro en el sistema de Caja.	50 minutos	Resguardo en el Sistema de Adeudos y boleta de depósito bancario
5	Encargado de	1. Recibe información de Caja.	1 día	Estado Mensual

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
	Coordinación, Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	2. Recibe Estado Mensual de Comunicación de Adeudos con la Comunicación de Adeudos reliquidados y representados, para su consolidación y posterior remisión a Oficina Nacional de Cobranzas. 3. Vencido el plazo para el pago de la Comunicación de Adeudos, se emite la Nota de Cargo Formulario COT-03.	3 días	Comunicación de Adeudos Comunicación de Adeudos reliquidados y representados
6	Encargado de Cobranzas Oficina Nacional	1. Recibe Estado Mensual de Comunicación de Estado Mensual de Comunicación de Adeudos con la Comunicación de Adeudos, para su seguimiento, control y emisión de informes.	3 días	Estado Mensual de Comunicaciones de Adeudos, Comunicación de Adeudos reliquidados y representados
SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES): Comunicación de Adeudos reliquidados o representados.				



caja petrolera de salud

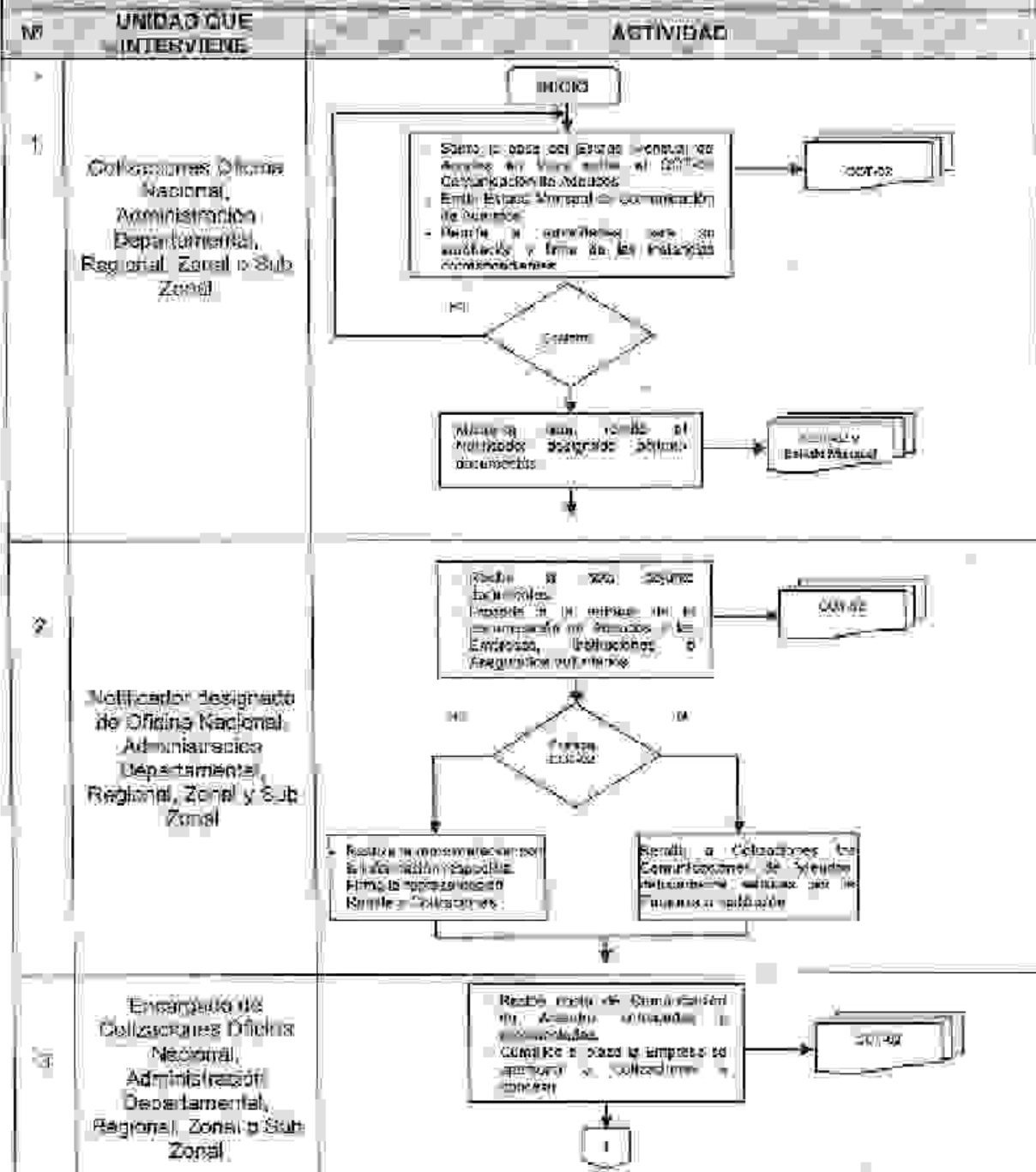
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad



DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: COMUNICACIÓN DE ADEUDOS

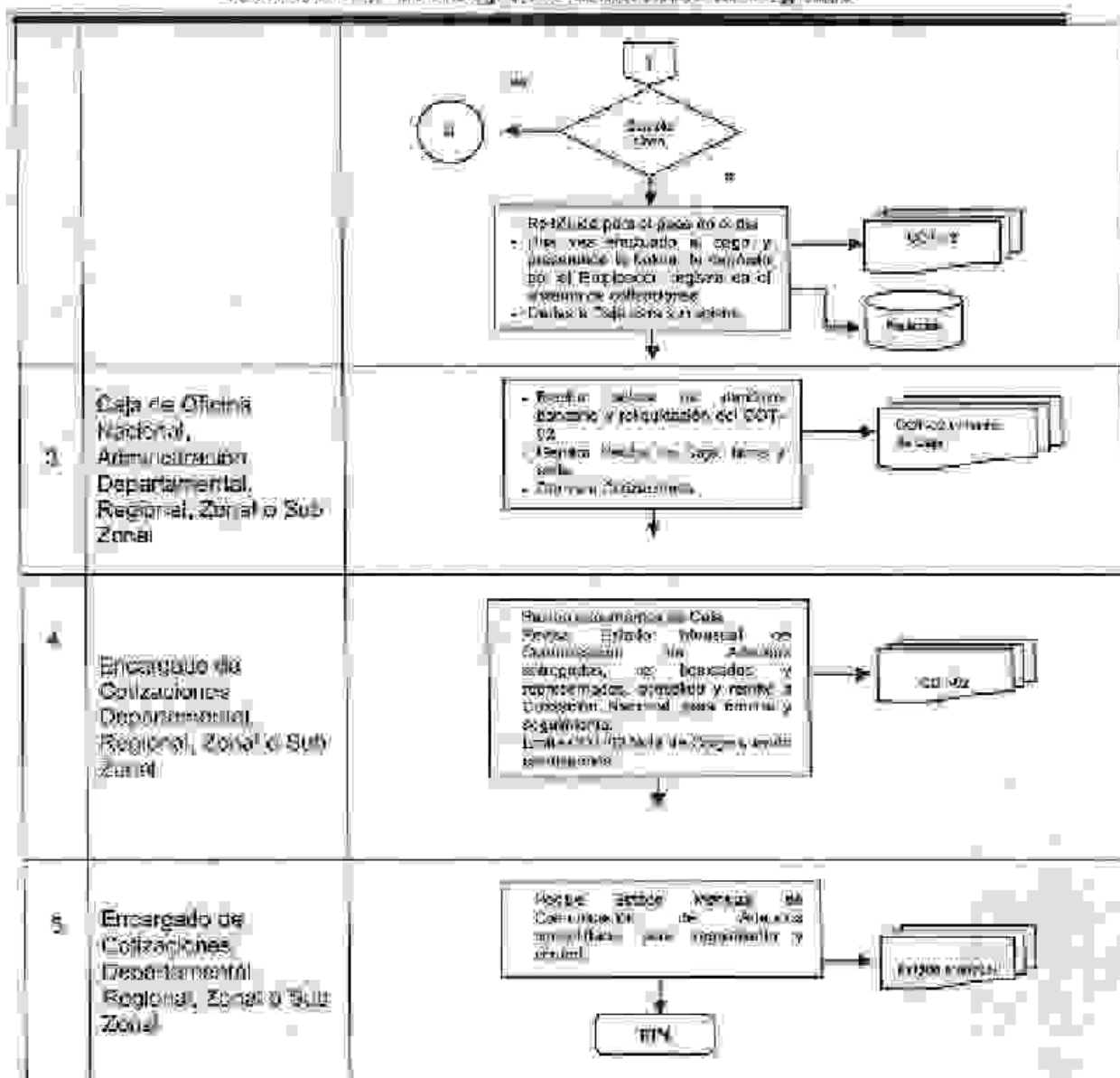




com. petroliere de salini

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	REVISADO POR
VERSION :	CONTROL
TITULO :	ANEXO DE CONTROL

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





Caja Peruana de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



5.2 Nota De Cargo

La Nota de Cargo es un documento legal que se comienza a partir del vencimiento de los cinco (5) días a partir de la notificación o representación de la Comunicación de Adeudas no pagada, que incluye el recargo del 3% por Gastos Judiciales, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 222 del Código de Seguridad Social, Artículo 64 del Decreto Ley 13214 (elevado a rango de Ley mediante Ley Nº 006 del 01 de mayo de 2010), Artículo 22 del Decreto Ley 11477 y Artículos del D.S. 20059.

La Caja Peruana de Salud, ante la Nota de Cargo iniciará el Proceso Coactivo Social ante el Juez del Trabajo y Seguridad Social, por aportes divergentes, intereses, multas, recargos y otras sanciones, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 67 del Decreto Ley 13214 (elevado a rango de Ley mediante Ley Nº 006 del 01 de mayo de 2010).



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: NOTAS DE CARGO

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"

OBJETIVO DEL PROCESO:

presente Manual tiene como objetivo, uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, en las áreas de Cotizaciones de la Caja Cubana de Salud.

LCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Jefe de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefe Administrativo Financiero, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones, Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Vencido el plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la notificación o representación de la Comunicación de Adeudos, ante la Nota de Cargo Formularia COT-03 con el recargo del 3% del aporte neto devengado por concepto de Gastos Judiciales, consignando los siguientes datos: ✓ Número de formulario ✓ Número correlativo de la Nota de Cargo, que conforma la sigla de la Administración y Unidad que corresponda. Ejemplo: LPZ-COT-NC-0001/2012 ✓ Lugar y Fecha de emisión ✓ Nombre o Razón Social de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario ✓ Número del Empleador ✓ Domicilio legal de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario ✓ Dirección de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario ✓ Nombre del Representante Legal de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario ✓ Salario Cotizable de la última Planilla presentada ✓ Mes del último Aporte pagado a la C.P.S. ✓ Salario Actualizado a la fecha de emisión de la Comunicación de Adeudos ✓ Cotización 10 % ✓ Intereses ✓ Multas ✓ Multa del 1% por la No Presentación de Planillas ✓ Recargo del 3% por Gastos Judiciales	5 días	COT-03



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
	✓ Total de la Liquidación (Numérica y Literaria) ✓ Nombre, Firma y Sello del Responsable de Cotizaciones ✓ Nombre, Firma y Sello del Jefe Administrativo Financiero ✓ Nombre, Firma y Sello del Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal ✓ Distribución de Originales y copias de la Nota de Cargo firmada y sellada (Ver formulario anexo)		
	2. La emisión del Formulario COT-03 Nota de Cargo debe ser de forma consecutiva en un original y cuatro copias, con la siguiente distribución: • Original para la notificación a la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario • Primera copia para Asesoría Legal de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal para inicio del Proceso Cuadrado Social más la Comunicación de Adecuación entregada o representativa • Segunda copia para Contabilidad de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal • Tercera copia para archivo de Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal • Cuarta copia para Centro de Seguros o Autoridad Competente de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal para el control de la mora.		
	3. Los plazos de emisión y firma de la Nota de Cargo, serán: - Las Notas de Cargo deben ser emitidas, firmadas y selladas por el Encargado de Cotizaciones - Las Notas de Cargo deben ser firmadas y selladas por el Jefe Administrativo Financiero Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal - Las Notas de Cargo deben ser firmadas y selladas por el Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal	1 día 1 día 1 día	COT-03 COT-03 COT-03
	4. Posterior a la emisión y firma de la(s) Nota(s) de Cargo del mes en mora, se imprimirá el Estado Mensual de Notas de Cargo en cuatro (4) ejemplares para las siguientes instancias: a. Archivo de Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal b. Documento Seguro o personal delegado c. Organización Nacional d. Notificador	30 minutos	Estado Mensual de Notas de Cargo
	5. Una vez que la(s) Nota(s) de Cargo cuentan con todas las firmas, mediante nota remita a Asesoría Legal de Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal, adjuntando el Estado Mensual de Notas de	1 día	Nota de emisión, Estado Mensual de Notas de Cargo



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
	Cargo y la(s) Notas de Cargo		Notas de Cargo
Asesoría Legal de Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Recibe la Nota de Cargo con los documentos de respaldo para su notificación e inicio del Proceso Coactivo Social a la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario en mora, en el plazo máximo de cinco días hábiles, a partir de la recepción. 2. Dentro el plazo de los cinco días procede a la notificación e inicio el Proceso Coactivo Social a las Empresas, Instituciones o Asegurados Voluntarios. 3. Se presentarse una solicitud de pago por parte de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario en mora, en la vía administrativa, antes o durante el proceso judicial, por escrito surge a Colizaciones la actualización y pago de la Nota de Cargo. 4. Posterior a la Notificación, deberán informar sobre el estado de las Notas de Cargo a Control de Seguros o personal delegada de la Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub - Zonal.	5 días 2 días 15 días	Notas de Cargo Nota de Cargo Informe del estado de las Notas de Cargo
Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Según autorización escrita de Asesoría Legal, actualiza el monto total de la deuda establecida en Nota de Cargo a la fecha de pago, para su cancelación en el Sistema Bancario. 2. Recibe la boleta de depósito bancario y registra en el Sistema de Cotizaciones, posteriormente remite a Caja para canjear la boleta de depósito bancario. 3. Con nota de atención remite los documentos del depósito bancario a Asesoría Legal, para la conclusión del Proceso Coactivo Social. 4. Emite nota para que se restituya la atención médica en consulta externa, a las siguientes instancias: • Policonsultorios • Hospitales y Clínicas • Vigencia de Derechos • Control de Seguros o Autoridad Competente Departamental Regional, Zonal o Sub - Zonal	5 minutos 1 día 1 día	Nota de Cargo autorización
Caja Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Recibe la boleta de depósito bancario y genera el Recibo de Caja para su registro en el sistema de Caja. 2. Deriva a Cotizaciones y remite los documentos adjuntos.	50 minutos	Boleta de Depósito Bancario
Asesoría Legal Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Con la cancelación del depósito bancario, concluye el Proceso Coactivo Social.	1 día	Boleta de Depósito Bancario



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
6	Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Recibe información de Caja. 2. Revisa Estado Mensual de Notas de Cargo con las Notas de Cargo notificadas y pagadas, para su consolidación y posterior remisión a Oficina Nacional de Cotizaciones.	1 día 3 días	Estado Mensual de Notas de Cargo, Notas de Cargo notificadas y pagadas
7	Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional	2. Recibe Estado Mensual de Notas de Cargo para su seguimiento, control y emisión de informes	3 días	Estado Mensual de Notas de Cargo

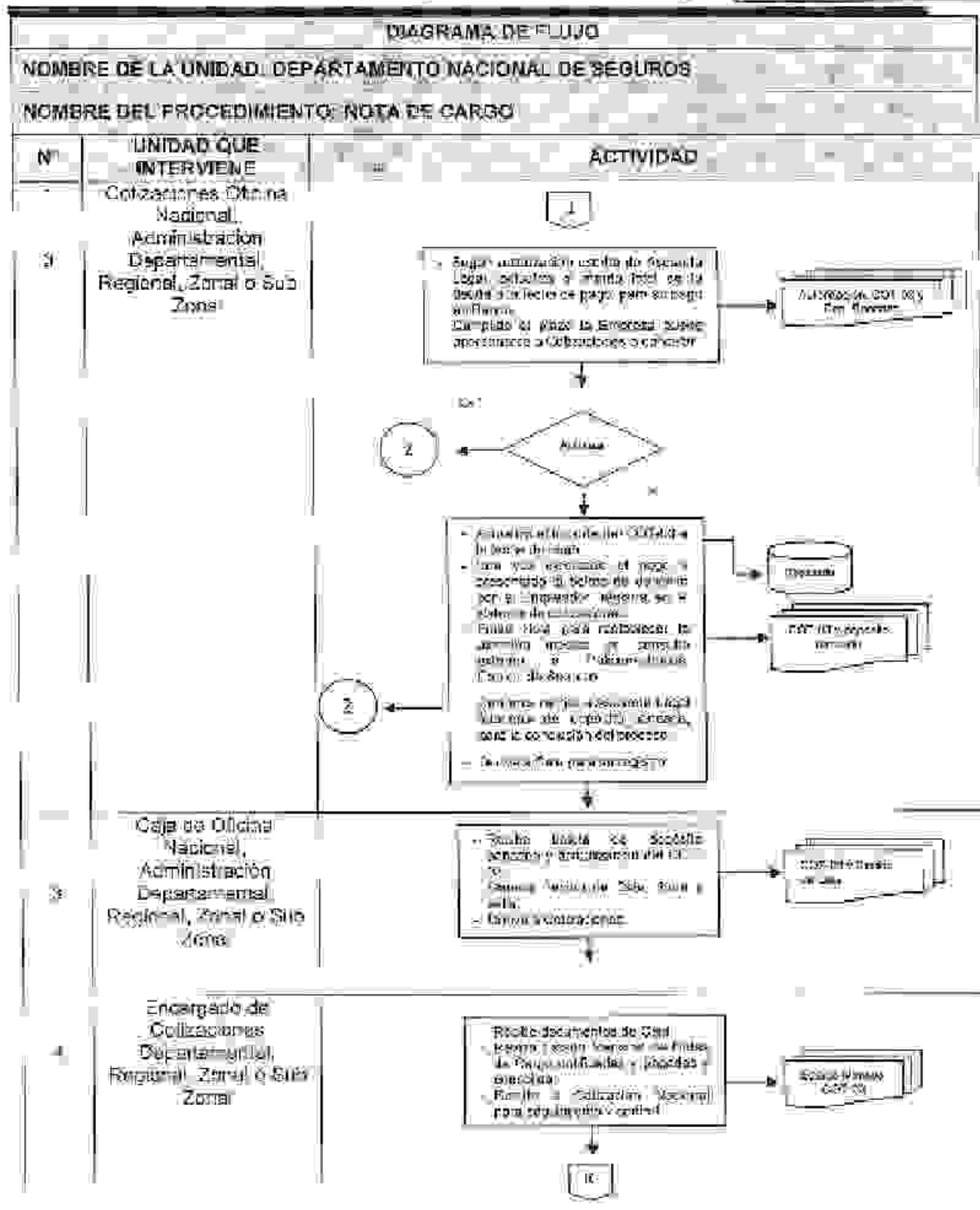
SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES)

= Nota de Cargo notificado



COPIA DEL 3.208 DE 2010

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

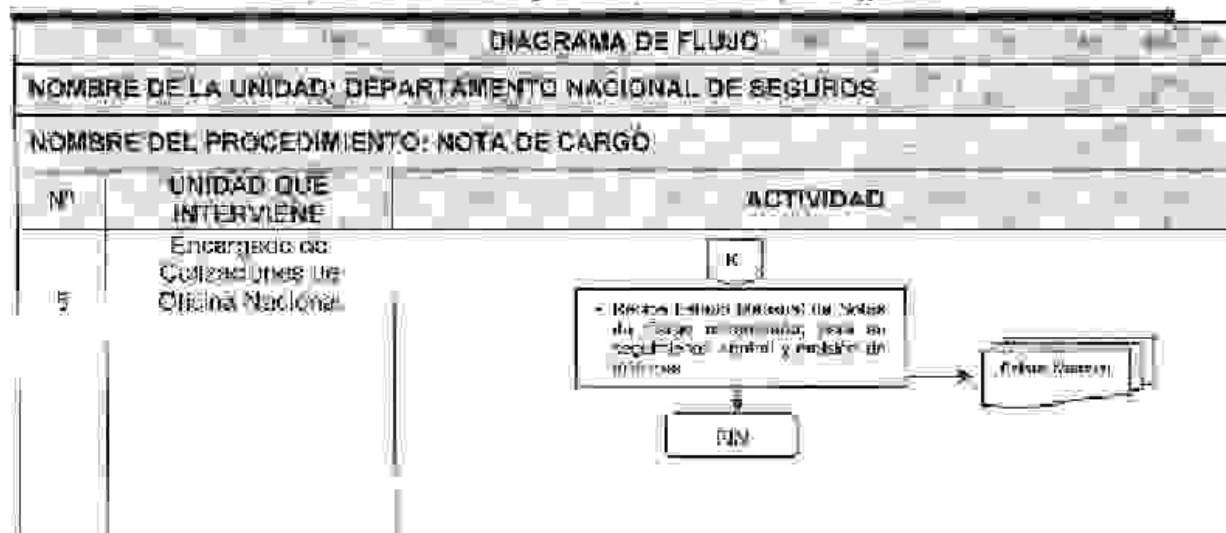




Departamento de Seguros

FECHA: 10/05/2017
PROCESO: 104-0201
ITEM: Capítulo 10 del 123

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



6.3 Plan de Pagos

El Plan de Pagos es el Contrato suscrito entre la Caja Petrolera de Salud y la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario, por el incumplimiento en el pago de aportes en mora con un plazo de amortización máximo de sesenta meses equivalentes a cinco (5) años, incluyendo un interés del 1% mensual sobre saldos insolutos, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2 Parágrafo Final b) del D.S. 25714.

- La Empresa, Institución o Asegurado voluntario, podrá acogerse a un Contrato de Plan de Pagos, mediante una solicitud escrita dirigida al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub – Zonal, donde deberá señalar la garantía de cumplimiento, adjuntando la siguiente documentación:

- a) Planilla de Sueldos y Salarios nominal del mes a meses en mora, excepto Asegurados Voluntarios.
- b) Fotocopia de Testimonio de Pago del Representante Legal, excepto las Empresas Impugnadas (si no corresponden) y Asegurados Voluntarios.
- c) Fotocopia de Cédula de Identidad del Representante Legal, con adhesión de firma.
- d) Dirección y croquis de ubicación del domicilio legal de la Empresa o Institución y del Representante Legal y Asegurado Voluntario.
- e) Garantía de cumplimiento personal solidario o garantía real.

En el caso de evidenciarse incumplimiento en el pago de dos cuotas consecutivas del Plan de Pagos, se procederá a la resolución del contrato sin necesidad de otro requisito, y se emitirá una nueva Nota de Cargo por el saldo devengado, para su cobro por la Vía Coactiva Social.

Cuando la Empresa o Institución tiene una Nota de Cargo podrá acogerse a un Plan de Pagos.

La Empresa o Institución no podrá suscribir más de un Contrato de Plan de Pagos, sin haber cancelado el primero.

Para la suscripción de un Contrato de Plan de Pagos se tomará en cuenta la(s) Nota(s) de Cargo pendientes de pago y la última Comunicación de Aduelas por la cual no se haya emitido una Nota de Cargo.



caja petrolera de salud

PROCESO	0001-001
UNIDAD	UNIDAD
VERSIÓN	01-01-11

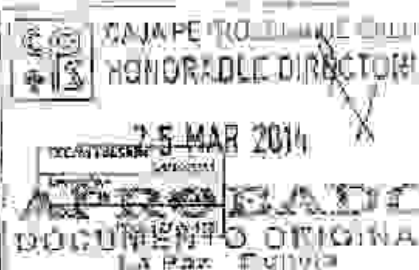
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				
OMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO DE SEGUROS - COTIZACIONES				
OMBRE DEL PROCESO: MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGUROS				
OMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTRATO DE PLAN DE PAGOS				
"DESCRIPCION DEL PROCESO"				
OBJETIVO DEL PROCESO: El presente Manual tiene como objetivo, uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos - logísticos en el área de Cotizaciones de la Caja Petrolera de Salud.				
ALCANCE: NIVEL NACIONAL AREA ADMINISTRATIVA.				
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN): Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Negocio de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.				
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO): Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.				
ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):				
Nº	AREA O UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Informar a la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario sobre los requisitos que debe cumplir para la suscripción de un contrato de plan de pagos, establecidos en el punto 5.2.3 Plan de Pagos del presente Manual de Procedimientos.	45 minutos	
2	Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Recibe la solicitud escrita de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario, con el compromiso de pago de una cuota inicial igual o superior al 10% sobre el importe del total cotizado, para la firma de Contrato de Plan de Pagos. 2. Remite la solicitud de Contrato de Plan de Pagos a Asesoría Legal.	2 días	Nota solicitud
3	Asesoría Legal Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Recibe y revisa los documentos de acuerdo a los requisitos establecidos. 2. En caso de cumplir con todos los requisitos, autoriza a Cotizaciones la actualización de la(s) Nota(s) de Cargo, y elaboración del cuadro de amortización incluyendo el pago de un 10% como mínimo del importe total actualizado, pudiendo ser este porcentaje mayor a solicitud de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario.	2 días 2 días	Requisitos
4	Encargado de Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	En caso de existir alguna observación, se devuelve a la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario. 1. Actualiza la(s) Nota(s) de Cargo 2. Re-liquida la última Comunicación de Aduanas por la que no se haya girado Nota de Cargo. 3. Autoriza a la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario el pago de la cuota inicial en el Sistema Bancario. 4. Recibe el depósito bancario del pago de la cuota inicial	2 días	Autorización de Asesoría Legal



Comptroller General of the Republic

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



AREA O UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
	5. En base a las Notas de Cargo actualizadas, la Comunicación de Adeudos re-liquidada y el Recibo de Caja, elabora el cuadro de amortizaciones en un (1) original y cinco (5) copias. 6. Con la última planilla presentada, habilita vigencia de Derechos. 7. Una vez determinada la liquidación de aportes, devengados y recibo de amortizaciones, remite a Control de Seguros y/o Jefatura Administrativa Financiera para su revisión, aprobación y firma, adjuntando la documentación de respaldo; dicha documentación deberá ser firmada por cada autoridad dentro del periodo de haberse recibido por secretaría. Una Planilla de Capacidades para la suscripción del Contrato de Plan de Pagos, serán habilitadas en cuenta siempre y cuando estas hayan sido presentadas en el mes que corresponden. 8. Una vez firmada por las autoridades correspondientes, remite a Asesoría Legal para la elaboración y suscripción del Contrato de Plan de Pagos.	2 días 1 día	Cuadro de Liquidación y Amortización Cuadro de Liquidación y Amortización
Asesoría Legal Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Recibe los documentos, elabora y suscribe el Contrato de Plan de Pagos, mismo que debe ser firmado por las siguientes instancias: - Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal - Jefe Administrativo Financiero, Administración Departamental, Regional Zonal o Sub-Zonal - Jefe de Asesoría Legal (donde exista esta autoridad) Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal - Asesor Legal de la Administración Departamental Regional, Zonal o Sub-Zonal - Representante Legal de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario - Gaiaite (persona aplicante de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario) 2. El Contrato de Plan de Pagos deberá ser elaborado en un (1) original y ocho (8) copias, adjuntando la liquidación de aportes y el cuadro de amortización, da susando a la siguiente distribución: ✓ Original para la carpeta de la Empresa, Institución o Asegurado Voluntario en Copiaciones adjunto toda la documentación de respaldo. ✓ Una copia para Administración ✓ Una copia para Jefatura Administrativa Financiera ✓ Una copia para Asesoría Legal, adjunta copia de la liquidación de aportes y cuadro de amortización. ✓ Una copia para Control de Seguros ✓ Una copia a Contabilidad, adjunta copia de la	10 días	Cuadro de Liquidación y Amortización



Seguros y Atención de Salud

REVISIÓN	06/03/2013
ELABORÓ	
REVISÓ	
FECHA	20 de Mayo 2013

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	AREA O UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
		- liquidación de aportes y cuadro de amortización. ✓ Una copia para el comiteativo de Colizaciones, adjunto copia de la liquidación de aportes y cuadro de amortización. ✓ Una copia al interesado, adjunto copia de la liquidación de aportes y cuadro de amortización. ✓ Una copia al Garante solidario.		
6	Colizaciones administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Controla el cumplimiento del Contrato de Plan de Pagos suscrito. 2. En caso de retraso en el pago de las cuotas en las fechas establecidas en el Contrato de Plan de Pagos y cuadro de amortización, actualizará la cuota de acuerdo a la variación de las UFFV a la fecha de pago. 3. En caso de incumplimiento del pago de dos cuotas consecutivas del plan de pagos, se procederá a la resolución del contrato sin necesidad de otro requisito, y se emitirá una nueva Nota de Cargo por el saldo devengado, para su cobro por la Vía Coactiva Social.	30 minutos 5 días	Cuadro de Amortización Contrato de Plan de Pagos
SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES): Contrato de Plan de Pagos por aportes devengados.				



Ministerio de la Presidencia de la República

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTRATO DE PLAN DE PAGOS

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
1	Coordinación Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	Inicio Informa de requisitos para la suscripción del contrato de plan de pagos Requisitos
2	Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	Recibe contrato, archiva datos de pólizas, seguridades y datos de cumplimiento de contrato Archivos
3	Asesoría Legal Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	Recibe, valida y firma los documentos ¿Cumple con requisitos? Si No: Retorno a la actividad 1 Si Sí: Continúa con la suscripción y cumplimiento del contrato de plan de pagos Asesoría Legal
4	Presidencia de la Coordinación de la Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	- Revisa, valida y firma los datos de la póliza, seguridades y datos de cumplimiento de contrato - Revisa y valida los datos de la póliza, seguridades y datos de cumplimiento de contrato - Revisa y valida los datos de la póliza, seguridades y datos de cumplimiento de contrato Presidencia de la Coordinación de la Administración
5	Asesoría Legal Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	Recibe, valida y firma los datos de la póliza, seguridades y datos de cumplimiento de contrato Asesoría Legal Fin



Capítulo para el seguro

FECHA BUENA	Edición
FECHA	Edición
FECHA	Edición

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

"DIAGRAMA DE FLUJO"

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTRATO DE PLAN DE PAGOS

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD
1	Administradores y Jefe Administrativo Financiero	<pre>graph TD; Start([Inicio]) --> A[Sección y control de los planes y venta de los mismos]; A --> B[Control];</pre>
2	Encargado de Cotizaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	<pre>graph TD; C[Unificar cotizaciones, revisar, para los planes de los mismos y control de cumplimiento de los mismos] --> D[Control]; D --> E[Fin];</pre>



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CÁLCULO DE LA LIQUIDACIÓN Y CUADRO DE AMORTIZACIÓN

“DESCRIPCIÓN DEL PROCESO”

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo: uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos— legales en el área de Cotizaciones de la Caja Petrolera de Salud.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL AREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afectación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Elaborar la liquidación, de acuerdo al siguiente ejemplo: En fecha 12 de septiembre, la empresa JAZMIN S.R.L., solicita convenio de plan de pagos por aportes devengados por los meses de mayo, junio y julio de 2012, mismos que serán cancelados según compromiso de la empresa en seis cuotas. ANÁLISIS La Unidad de Cotizaciones elabora el Cuadro de Liquidación de Aportes para la suscripción de Convenio de Plan de Pagos, de acuerdo a los siguientes cálculos:	50 minutos	AUDITANCIA por Asesoría Legal

LIQUIDACIÓN DE APORTES DEVENGADOS (EXPRESADO EN BOLIVIANOS)

ACTUALIZACIÓN DE LA SINTACTA DE CAMBIO

APORTE	COTIZACIÓN	TIEMPO DE TRABAJO		COTIZACIÓN ANTERIOR	COTIZACIÓN	DIFERENCIA	MATERIA ACTUAL	MATERIA ANTERIOR	DIFERENCIA	COTIZACIÓN	COTIZACIÓN	DIFERENCIA	COTIZACIÓN
		PERIODO	ACTUAL										
OTROS	70.1520	70.1520	1.7772	70.1520	70.1520	0.00	70.1520	70.1520	0.00	70.1520	70.1520	0.00	70.1520
TOTALES	70.1520	1.7772	1.7772	70.1520	70.1520	0.00	70.1520	70.1520	0.00	70.1520	70.1520	0.00	70.1520



Caja Petrolera de Seguro

FECHA IMPRESA	20/05/2017
USUARIO	CHS/SA
SECCION	Financ. y Adm. III

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

ELIMINACIÓN DEL RESGATE DEL SEGURO

CATEGORIA	SALDO CONTABLE	RECHUBEREN		SEGURO ACTUALIZADO	PAGOS POR AMORTIZACION	INTERESES	VALORES	SEGURO		TOTAL
		2016	2017					2016	2017	
CONSEJO	24925,20	1,000	1,100	22,107,89	2,219,71	41	22,30	2,22	22,10	2,237,30
TOTALES				22,107,89	2,219,71		22,30	2,22	22,10	2,237,30

TOTAL LIQUIDADO

7.158,88

N°	AREA O UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS																																																																																	
		ELABORACION DEL CUADRO DE AMORTIZACIONES DE PLAN DE PAGOS En la deuda total la Empresa o Institución, para adherirse al Plan de Pago, mínimamente debe cancelar el 10 % de la deuda. Para el cobro de la Cuota Inicial (C.I.), se considerará solo los Aportes, es decir, la Cuota Inicial Actualizada y no las N.A. y N. De se liquidadas. De Bs. 6.820,37 = El 10 % es Bs. 682,10 <table><tr><td colspan="2">TOTAL DEUDA ACTUALIZADA POR APORTES</td><td>7.158,88</td></tr><tr><td colspan="2">TOTAL PAGO DE APORTES</td><td>5.850,97</td></tr><tr><td colspan="2">PAGO CUOTA INICIAL 10 % DE:</td><td>682,10</td></tr><tr><td colspan="2">TOTAL DEL PAGO DE APORTES MONTO A SER CANCELADO POR AMORTIZACIONES</td><td>6.470,78</td></tr></table> CUADRO DE AMORTIZACION EXPRESADO EN BOLIVIANOS (CINCO CUOTAS) <table><tr><th rowspan="2">N°</th><th rowspan="2">MES/AÑO</th><th colspan="3">PLAN DE PAGO APORTES</th><th colspan="2">SANCIONES N.A. Y N.</th><th rowspan="2">TOTAL CUOTA MENSUAL</th></tr><tr><th>CAPITAL MON. (POR CADA APORTADO)</th><th>INTERESES ANUALES</th><th>CUOTAS</th><th>INTERESES N.A. Y N.</th><th>CUOTAS N.A. Y N.</th></tr><tr><td></td><td>12/2015</td><td>6.820,37</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>682,10</td></tr><tr><td>1</td><td>12/2016</td><td>6.402,97</td><td>1,03</td><td>1.119,08</td><td>12,11</td><td>12,11</td><td>1.233,69</td></tr><tr><td>2</td><td>12/2017</td><td>5.985,57</td><td>2,07</td><td>1.205,89</td><td>13,44</td><td>13,44</td><td>1.331,69</td></tr><tr><td>3</td><td>12/2018</td><td>5.568,17</td><td>3,11</td><td>1.270,85</td><td>15,13</td><td>15,13</td><td>1.431,69</td></tr><tr><td>4</td><td>12/2019</td><td>5.150,77</td><td>4,15</td><td>1.325,80</td><td>17,11</td><td>17,11</td><td>1.531,69</td></tr><tr><td>5</td><td>12/2020</td><td>4.733,37</td><td>5,19</td><td>1.370,88</td><td>19,14</td><td>19,14</td><td>1.631,69</td></tr><tr><td colspan="2">TOTALES</td><td></td><td>187,03</td><td></td><td>65,82</td><td>612,28</td><td>7.846,94</td></tr></table>	TOTAL DEUDA ACTUALIZADA POR APORTES		7.158,88	TOTAL PAGO DE APORTES		5.850,97	PAGO CUOTA INICIAL 10 % DE:		682,10	TOTAL DEL PAGO DE APORTES MONTO A SER CANCELADO POR AMORTIZACIONES		6.470,78	N°	MES/AÑO	PLAN DE PAGO APORTES			SANCIONES N.A. Y N.		TOTAL CUOTA MENSUAL	CAPITAL MON. (POR CADA APORTADO)	INTERESES ANUALES	CUOTAS	INTERESES N.A. Y N.	CUOTAS N.A. Y N.		12/2015	6.820,37					682,10	1	12/2016	6.402,97	1,03	1.119,08	12,11	12,11	1.233,69	2	12/2017	5.985,57	2,07	1.205,89	13,44	13,44	1.331,69	3	12/2018	5.568,17	3,11	1.270,85	15,13	15,13	1.431,69	4	12/2019	5.150,77	4,15	1.325,80	17,11	17,11	1.531,69	5	12/2020	4.733,37	5,19	1.370,88	19,14	19,14	1.631,69	TOTALES			187,03		65,82	612,28	7.846,94		
TOTAL DEUDA ACTUALIZADA POR APORTES		7.158,88																																																																																			
TOTAL PAGO DE APORTES		5.850,97																																																																																			
PAGO CUOTA INICIAL 10 % DE:		682,10																																																																																			
TOTAL DEL PAGO DE APORTES MONTO A SER CANCELADO POR AMORTIZACIONES		6.470,78																																																																																			
N°	MES/AÑO	PLAN DE PAGO APORTES			SANCIONES N.A. Y N.		TOTAL CUOTA MENSUAL																																																																														
		CAPITAL MON. (POR CADA APORTADO)	INTERESES ANUALES	CUOTAS	INTERESES N.A. Y N.	CUOTAS N.A. Y N.																																																																															
	12/2015	6.820,37					682,10																																																																														
1	12/2016	6.402,97	1,03	1.119,08	12,11	12,11	1.233,69																																																																														
2	12/2017	5.985,57	2,07	1.205,89	13,44	13,44	1.331,69																																																																														
3	12/2018	5.568,17	3,11	1.270,85	15,13	15,13	1.431,69																																																																														
4	12/2019	5.150,77	4,15	1.325,80	17,11	17,11	1.531,69																																																																														
5	12/2020	4.733,37	5,19	1.370,88	19,14	19,14	1.631,69																																																																														
TOTALES			187,03		65,82	612,28	7.846,94																																																																														

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

Cuota de Amortización



Faculdade de Engenharia, Universidade de Coimbra

Manual de Processos e Procedimentos de Segurança

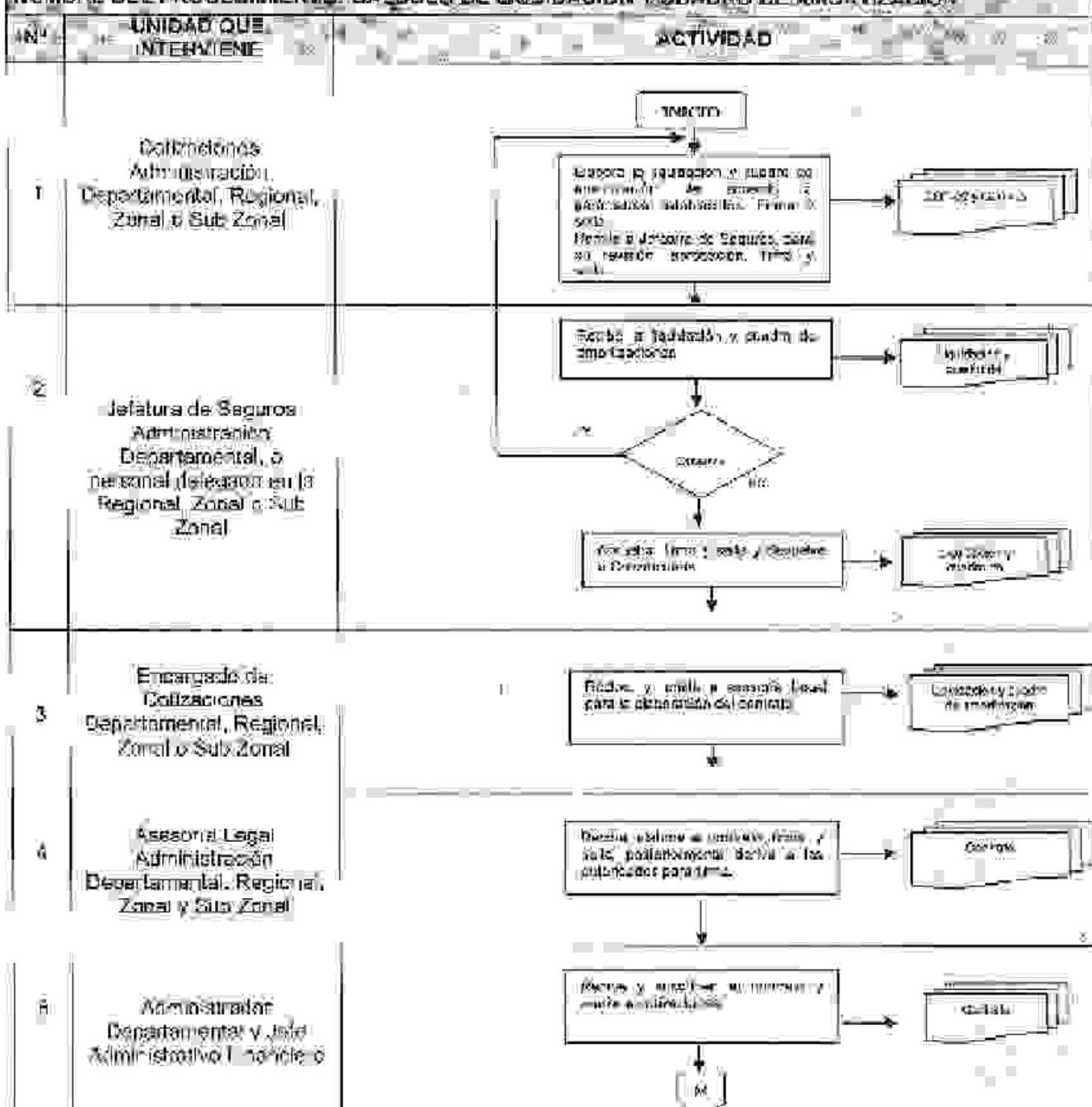




DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

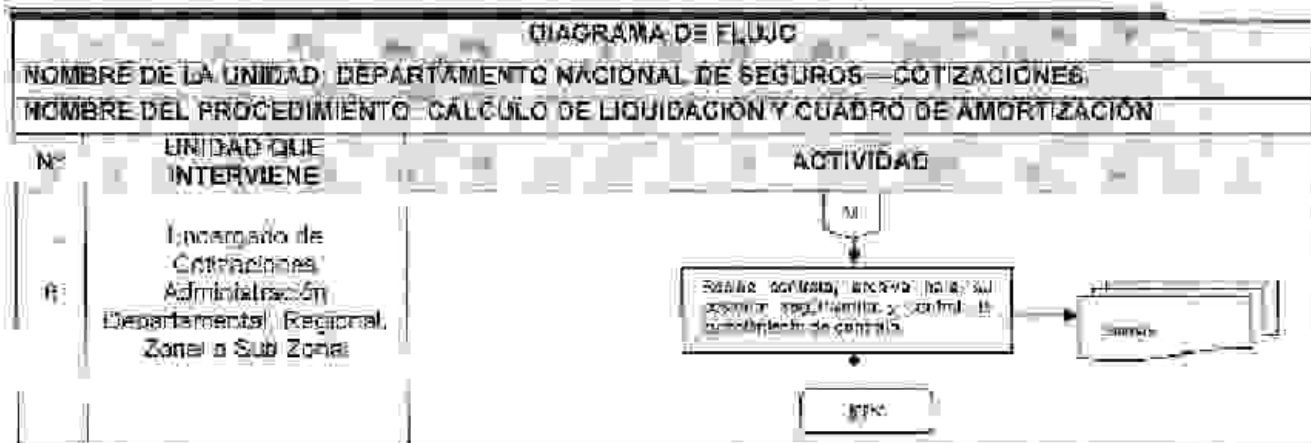
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CALCULO DE LIQUIDACION Y CUADRO DE AMORTIZACION





Comptroller General of the Republic

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad

7. Incapacidad Temporal

Es la pérdida de facultades o aptitudes por Enfermedad, Maternidad o Riesgos Profesionales que determine un estado de incapacidad para el trabajo; en cuyo caso, se reconoce el subsidio por Incapacidad Temporal, de conformidad con el Certificado de Incapacidad Temporal otorgado por el médico tratante de la Caja Petrolera de Salud.

El Certificado de Incapacidad Temporal, se constituya en un valor económico a ser reconocido al Empleador por parte de la Caja Petrolera de Salud, en proporción al total del salario contractual del o la asegurada(o) titular, el mismo que deberá ser elaborado con la mayor responsabilidad y cuidado por parte del médico tratante de la Institución y ajustándose a las normas éicas del profesional y leyes como legales del Seguro de Salud a Corto Plazo.

El **Certificado de Incapacidad Temporal**, tiene la finalidad de certificar veredades de incapacidad médica que tiene el trabajador enfermo y justificar la ausencia a su fuente de trabajo; asimismo, sirve para que la Caja Petrolera de Salud, reconozca las prestaciones en dinero, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 34 del Decreto Ley 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 308 de 5 de mayo de 2018).

En caso de existir **Certificados de Incapacidad Temporal Retrospectivos**, la Comisión de Prestaciones es la única instancia que autorizará los mismos, en casos excepcionales de conformidad al Artículo 76 inciso a) y b) del Reglamento Único de Afiliación y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo (INASIES). Asimismo, en las Administraciones donde no exista dicha comisión, los **Certificados de Incapacidad Temporal Retrospectivos** deberán ser autorizados por la Comisión de Prestaciones más cercana a la Administración donde se generen los mismos.

En caso de no contar con las certificaciones requeridas, no se reconocerá las prestaciones en dinero, y solo se considerado para fines de justificar la ausencia del asegurado (a) titular a su fuente laboral, se extenderá el **Certificado de Incapacidad Temporal** con un sello que indique: **"SIN DERECHO A DEVOLUCIÓN DE PRESTACIONES EN DINERO"**, conforme a establecido en Artículo 66 inciso b) del Reglamento Único de Afiliación y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo (INASIES).

No se extenderá el **Certificado de Incapacidad Temporal**, en el período de cesantía, a los asegurados del sector pasivo o particulares.

Se otorgará el **Certificado de Incapacidad Temporal** cuando se compruebe que en el período de enfermedad, asegurador(a) titular(a) encuentra trabajando o realizando otra actividad.

Los **Certificados de Incapacidad Temporal**, deberán ser emitidos de acuerdo al Reglamento Interno de Bajas y Altas Médicas por Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a Corto Plazo.

Para el reconocimiento de la Incapacidad Temporal, el Empleador deberá presentar la Planilla de Incapacidad Temporal y **Certificados de Incapacidad Temporal**, conjuntamente con las Planillas de Sueldos y Salarios del mes en el que se emitió el **Certificado de Incapacidad Temporal** de conformidad con el Artículo 32 de D.L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 308 de 5 de mayo de 2018).

B. Clasificación de la Incapacidad Temporal

El Subsidio de Incapacidad Temporal está calificado de acuerdo a los siguientes parámetros:

B.1. Enfermedad Común 75%



es e primera de canal

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



- 8.2. Maternidad 90%
- 8.3. Riesgo Profesional:
 - 8.3.1. Accidente de Trabajo 90%
 - 8.3.2. Enfermedad Profesional 75%

5.1. Enfermedad Común

a) Definición:

Se entiende por **Enfermedad Común**, a toda alteración de salud que importa un estado patológico de evolución lenta y progresiva, provocada por la acción de agentes externos nocivos o por razones congénitas que determinan disminución de la capacidad de trabajo del asegurado.

b) Aplicación

El **Subsidio por Enfermedad Común**, se iniciará a partir del cuarto día de incapacidad temporal, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 16.30 del D.L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

i) Cotizaciones Necesarias

El subsidio se pagará cuando el Asegurado tenga un mínimo de dos meses de cotizaciones mensuales anteriores a la enfermedad, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 30 del D. L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

Los subsidios serán pagados directamente por el Empleador y reembolsados por la Caja Pérolera de Salud, en los treinta (30) días siguientes al mes en que se efectuaron los pagos y contra presentación de los originales de los "Certificados de Incapacidad Temporal", expedidos por médicos de la Institución, cuantificados por esta última y firmados por el asegurado, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 39 del D. L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

ii. Porcentaje de Reconocimiento de la Incapacidad Temporal por Enfermedad Común

Los subsidios de Incapacidad Temporal derivados de Enfermedad Común, serán equivalentes al 75% del salario cotizable percibido (Total Ganado) a partir del cuarto día de iniciar la incapacidad, de acuerdo a lo establecido en los Artículos 28 y 30 del D.L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

III. Interrupción de la Baja Médica

La Incapacidad Temporal, será interrumpida en los siguientes casos:

- Por alta médica;
- Por fallecimiento;
- Por declaración de la Incapacidad permanente, total o parcial, mediante Resolución emitida por la Comisión de Prestaciones, en base a informe de la Junta Médica.

iv) Del Certificado de Incapacidad Temporal

Debe ser emitido únicamente por el profesional médico facultado, los datos que conste en el Certificado de Incapacidad Temporal por Enfermedad Común son de responsabilidad del médico tratante y autorizado por el Director del Hospital, para



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Médico o su equivalente, que será extendido inmediatamente después del examen y reconocimiento del médico al paciente.

El médico tratante será el único facultado para emitir el Certificado de Incapacidad Temporal por periodos no mayores de siete (7) días cada vez en consulta externa, en caso que la enfermedad demande incapacidad entre los siete y hasta un máximo de 28 días y regulará expedirse un nuevo Certificado de Incapacidad Temporal, será necesariamente autorizado por el Director del Hospital, Jefe Médico o su equivalente. En hospitalización podrán ampliarse los plazos a juicio del médico tratante de acuerdo a lo establecido en el Artículo 27 del D. L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

El Médico del Servicio de Emergencia podrá expedir el Certificado de Incapacidad Temporal únicamente por el lapso de uno a tres (1 a 3) días, de acuerdo al Artículo 480 del R.C.S.S. Posteriormente el paciente deberá acudir a consulta externa o atención ambulatoria, donde se evaluará su condición.

El monto de la deducción debe estar consignado en el Formulario COT - 01 Liquidación Mensual de Aportes, la deducción debe ser realizada por los días señalados en la Fianza de Incapacidad, hasta un máximo de treinta (30) días, en el mes **COMERCIAL**.

Para proceder a la deducción por Enfermedad Común, debe aplicarse el mes comercial 30 (treinta) días (Ley General del Trabajo).

v. Derecho a las Prestaciones Médicas

El trabajador titular y sus beneficiarios tendrán derecho a todas las prestaciones médicas, a sola presentación del Carnet de Asegurado. Temporalmente, estará vigente lo establecido en el Artículo 15 del D.L.13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010) y Para comprobar el derecho a las prestaciones del Seguro de Enfermedad y Maternidad, deberá exhibirse la papeleta de pago de salarios percibidos, en cualquiera de los dos meses anteriores a la solicitud de la consulta que...

Asimismo para asegurados que se encuentren en tránsito en el interior del país, es decir fuera del lugar donde efectuó su afiliación, se deberá otorgar las prestaciones a sola presentación del Carnet de Afiliación y última Boleta de Pago, en cumplimiento a la R.H.D. N° 007/12 de fecha 03/04/12 e instructivos emitidos por la Dirección General Ejecutiva, posteriormente se prestará la atención médica a sola presentación del carnet digital de asegurado.



Caja Costarricense de Seguro Social

HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

AFI 3234 DE DOCUMENTOS ORIGINAL

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CÁLCULO DE INCAPACIDAD TEMPORAL - ENFERMEDAD COMÚN

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos – legales en el área de Cotizaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jueces Administrativos Financieros, Cotizaciones Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguro Social de Corto Plazo y otras disposiciones normativas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	Recibido y revisado el Formulario COT-01, Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal, procedida a la autorización de la devolución en dinero, previo a ello se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:	45 minutos	Formulario COT-01
		- Los Certificados de Incapacidad Temporal deben ser originales debidamente firmados y sellados por el profesional médico facultado o médico residente y avalados por la Máxima Autoridad del Centro Médico y el Asegurado de acuerdo a Reglamento de Bajas Médicas.	45 minutos	Planilla de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal
		- En caso de existir alguna observación, error o omisión rechazará la Planilla presentada por la Empresa o institución, caso contrario dará su conformidad.	15 minutos	Planilla de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal
		Nota: El porcentaje correspondiente para el cálculo de la Incapacidad Temporal por Enfermedad Común es del 75% del salario colectivo (Total Bruto del mes de la baja) y será reconocido a partir del cuarto día de la baja médica.		
		Ejemplo: El señor Javier Fernández López tiene 18 días de baja médica, a partir del 21 de agosto del 2012.		



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS												
		EMPRESA "JAZMIN S.R.L." LIQUIDACIÓN PLANILLA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD COMÚN POR EL MES DE AGOSTO 2012 (En Bolivianos) <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE Y APELLIDO</th><th>SALARIO CONTRACTUAL</th><th>SALARIO DIARIO (Salario Contractual / 30)</th><th>SALARIO DIARIO POR ENFERMEDAD COMÚN (75% del Salario Diario)</th><th>DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD</th><th>TOTAL DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD COMÚN</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JAVIER CERRANDEZ</td><td>5.000,00</td><td>166,67</td><td>125,00</td><td>2</td><td>250,00</td></tr> </tbody> </table>	NOMBRE Y APELLIDO	SALARIO CONTRACTUAL	SALARIO DIARIO (Salario Contractual / 30)	SALARIO DIARIO POR ENFERMEDAD COMÚN (75% del Salario Diario)	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD	TOTAL DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD COMÚN	JAVIER CERRANDEZ	5.000,00	166,67	125,00	2	250,00		
NOMBRE Y APELLIDO	SALARIO CONTRACTUAL	SALARIO DIARIO (Salario Contractual / 30)	SALARIO DIARIO POR ENFERMEDAD COMÚN (75% del Salario Diario)	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD	TOTAL DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD COMÚN											
JAVIER CERRANDEZ	5.000,00	166,67	125,00	2	250,00											
		EMPRESA "JAZMIN S.R.L." LIQUIDACIÓN PLANILLA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD COMÚN POR EL MES DE SEPTIEMBRE 2012 (En Bolivianos) <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE Y APELLIDO</th><th>SALARIO CONTRACTUAL</th><th>SALARIO DIARIO (Salario Contractual / 30)</th><th>SALARIO DIARIO POR ENFERMEDAD COMÚN (75% del Salario Diario)</th><th>DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD</th><th>TOTAL DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD COMÚN</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JAVIER CERRANDEZ</td><td>5.000,00</td><td>166,67</td><td>125,00</td><td>2</td><td>250,00</td></tr> </tbody> </table> S.C. = Salario Contractual S.D. = Salario Diario = S.C. / 30 S.D.E.C. = Salario diario por Enfermedad Común = S.D. * 75% D.R.I. = Días de Reconocimiento de Incapacidad D.R.H. = Baja médica 18 días ☐ Empleador reconoce 3 días. Días de incapacidad reconocida por la C.P.S. 15 días. T.D.E.C. = Total Deducible por Enfermedad Común = S.D.E.C. * D.R.I. Nota: El total de la Incapacidad Temporal por Enfermedad Común debe estar declarado en el Formulario Liquidación Mensual de Accidentes Formulario GOT-01 2. Registra en el Sistema de Cotizaciones los siguientes datos: • Nombre del Asegurado • Tipo de Incapacidad • Salario contractual del mes en que fue emitida la Baja • Días de incapacidad por Certificado de Incapacidad Temporal 3. Emite la liquidación para su posterior devolución de Incapacidades.	NOMBRE Y APELLIDO	SALARIO CONTRACTUAL	SALARIO DIARIO (Salario Contractual / 30)	SALARIO DIARIO POR ENFERMEDAD COMÚN (75% del Salario Diario)	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD	TOTAL DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD COMÚN	JAVIER CERRANDEZ	5.000,00	166,67	125,00	2	250,00	50 minutos	Opera en el Sistema de Cotizaciones
NOMBRE Y APELLIDO	SALARIO CONTRACTUAL	SALARIO DIARIO (Salario Contractual / 30)	SALARIO DIARIO POR ENFERMEDAD COMÚN (75% del Salario Diario)	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD	TOTAL DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD COMÚN											
JAVIER CERRANDEZ	5.000,00	166,67	125,00	2	250,00											



Caja Costarricense de Seguro Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

CO
45

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

APPROBADO
DOCUMENTOS ORIGINAL

LA RAZ BOLIVIA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
	4. Remite a Contabilidad una copia de la resolución con un Resumen de los imponentes de incapacidades por Empresas e Instituciones adjunto los documentos de respaldo (Formulario COT-01, Manifiesto de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal).	15 días	
2 Contabilidad Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Emite el Cheque correspondiente por los imponentes de la solicitud a nombre de: - Empresa o Institución - Representante Legal en forma excepcional. 2. Entrega a la Empresa o Institución el Cheque correspondiente.	15 días	Forma de solicitud de resolución Liquidación

ALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

- Devolución de Incapacidad Temporal declarada por las Empresas e Instituciones afiliadas a nuestra institución



Superintendencia de Salud

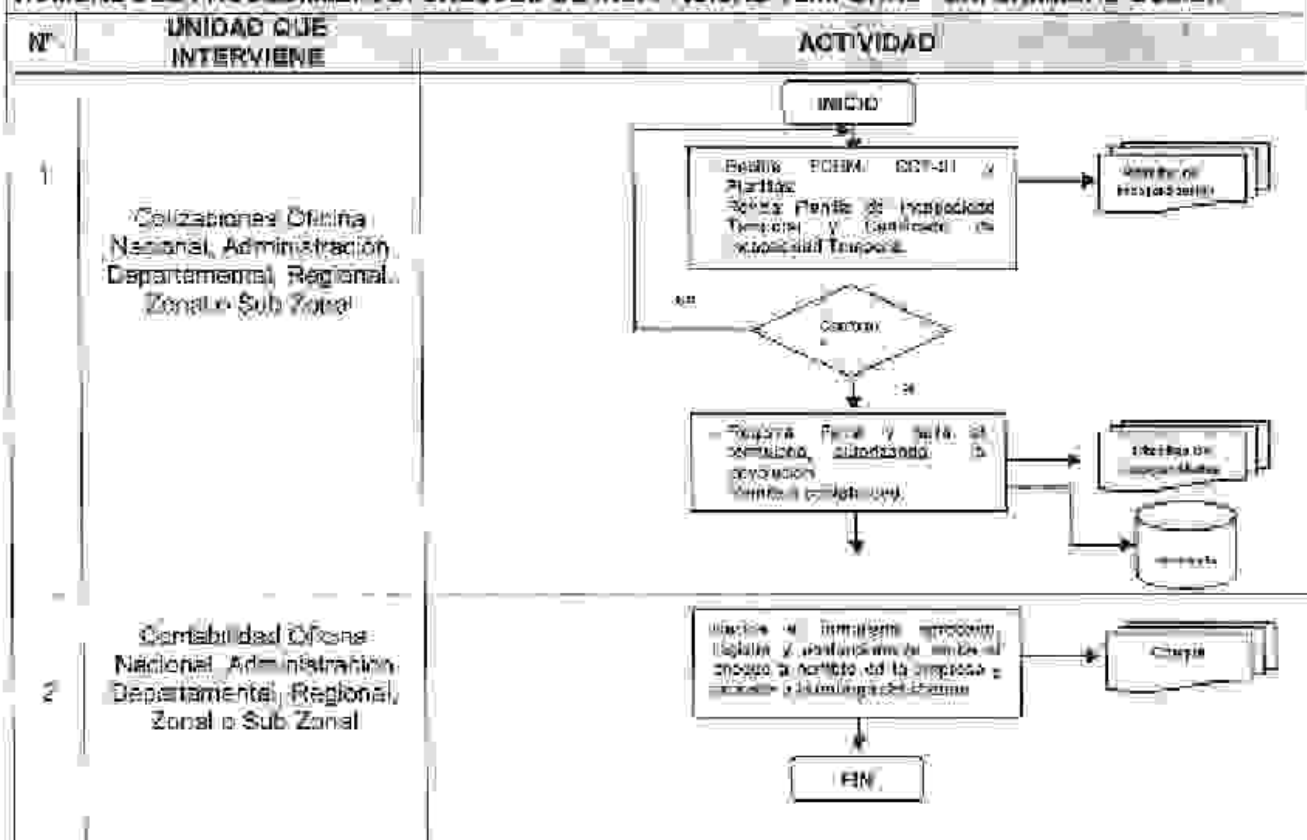
FECHA ELABORACIÓN	24/03/2011
ELABORADO	CEVSA
REVISADO	CEVSA
PROCESO	PRO-034-00122

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS – COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CALCULO DE INCAPACIDAD TEMPORAL - ENFERMEDAD COMÚN





caja petrolera de salud



CAJA PETROLERA DE SALUD
HONORABLE DIRECTORIO

26 MAR 2014
14:00
RECEIVED



RECEIVED
DOCUMENTO ORIGINAL
Luz Paz - Bulwiga

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

0.2 Maternidad

a) Definición

Es un derecho que tiene la mujer trabajadora afiliada del seguro, en los periodos de gestación, parto y puerperio a recibir los servicios médicos especializados, quirúrgicos de consulta externa y hospitalización para la gestante, otorgando a la trabajadora afiliada la incapacidad temporal por maternidad.

b) Aplicación

i. Cotizaciones Necesarias

El Subsidio de Incapacidad Temporal por Maternidad reconocerá las prestaciones en dinero al Empleador, cuando se acredite un mínimo de cuatro cotizaciones mensuales anteriores a la fecha del Certificado de Incapacidad Temporal por Maternidad, en aplicación al Artículo 32 del Decreto Ley 14611 de fecha 3 de junio de 1977.

ii. Tiempo y Porcentaje de Reconocimiento de la Incapacidad Temporal

Se reconocerá el subsidio de Incapacidad Temporal por Maternidad:

- **Pre – Natal** - Se reconoce a partir del primer día de Ransera emitido el Certificado de Incapacidad Temporal y por cuarenta y cinco días anteriores a la fecha probable del parto a fecha programada para operación cesárea.
- **Post – Natal** - Será reconocido por otros cuarenta y cinco días posteriores al parto a operación cesárea.

El Subsidio por Maternidad se reconocerá al empleador en un 90% del Salario Cotizable (Total Ganado) de la asegurada afiliada a partir del primer día de la incapacidad temporal, de acuerdo al índice de la incapacidad calificada por el médico tratante de la Caja Petrolera de Salud, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 3 del D.S. 20021.

Los subsidios serán pagados directamente por el Empleador y reintegrados por la Caja Petrolera de Salud, en los treinta (30) días siguientes al mes en que se efectuaron los pagos y contra presentación de los originales de los "Certificados de Incapacidad Temporal" expedidos por los médicos de la Institución y cuantificados por esta Diforma, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 32 Decreto Ley 13211 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

iii. Interrupción de la Prestación

La Incapacidad Temporal por maternidad, será interrumpida en los siguientes casos:

- Al nacimiento del bebé.
- Interrupción del embarazo.
- Por fallecimiento de la madre.

iv. Del Certificado de Incapacidad Temporal

Debe ser emitido únicamente por el profesional médico facultado, los datos que conste en el Certificado de Incapacidad Temporal por maternidad son de responsabilidad del médico tratante y autorizado por el Director del Hospital Jefe Médico o su equivalente, que será extendido inmediatamente después del examen o reconocimiento del médico al paciente.



Manual de Procedimientos y Procedimientos de Seguros

Cuando el parto se produzca con anterioridad a la fecha probable del parto, los días restantes de pago de subsidio pre natal automáticamente quedan sin efecto.

En los casos en que la fecha probable del parto no coincide con la fecha de nacimiento, el Certificado de Incapacidad Temporal se extenderá por todos los días que falten hasta la fecha de parto o operación cesárea, previa autorización de la Comisión Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal de Prestaciones, para el reconocimiento de las prestaciones en dinero.

En caso de maternidad, cuando exista Certificado de Incapacidad Temporal emitido por establecimientos privados en salud, este necesariamente debe ser autorizado por la Comisión Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal de Prestaciones y homologada por el médico tratante de la C.P.S. para el reconocimiento de las prestaciones en dinero.

V. Derecho a las Prestaciones Médicas

La Asegurada Titular tendrá derecho a todas las prestaciones médicas, a sola presentación del Carnet de Asegurado Temporalmente, estará vigente la establecida en el Artículo 15 Decreto Ley 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley Nº 006 del 01 de mayo de 2010) (.). Para comprobar el derecho a las prestaciones del Seguro de Enfermedad y Maternidad, deberá exhibirse la papeleta de pago de salarios cancelados en cualquiera de los dos meses anteriores a la solicitud de la consulta (.).

Asimismo, para asegurados que se encuentran en tránsito en el interior del país, es decir fuera del lugar donde efectuó su afiliación, se deberá otorgar las prestaciones a sola presentación del Carnet de Afiliación y última Boleta de Pago, en cumplimiento a la R.H.D. Nº 007412 de fecha 13/04/12 e instructivos emitidos por la Dirección General Ejecutiva, por lo tanto se prestará la atención médica a sola presentación del carnet digital de asegurado.



caja costarricense de seguro social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS • COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CÁLCULO DEVOLUCIÓN POR MATERNIDAD

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo uniformar y estandarizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos y legales en el área de Cotizaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL, ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Espesado de Cotizaciones, Oficina Nacional Administradora, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Oficina Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación al Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1		Recibir y revisar el Formulario COT-01, Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal, proceder a la autorización de la devolución en dinero, previa a ello se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:	45 minutos	Formulario COT-01
		- Los Certificados de Incapacidad Temporal deben ser originales, debidamente firmados y sellados por el profesional médico facultado o médico tratante y avalado por la Máxima Autoridad del Centro Médico y Asegurado, de acuerdo a Reglamento de Datos Médicos.	45 minutos	Planilla de Incapacidad Temporal
	Cotizaciones Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	- En caso de existir alguna observación, error u omisión, rechazará la Planilla presentada por la Empresa o Institución caso contrario dará su conformidad.	20 minutos	Planilla de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal
		Nota: El porcentaje establecido para el cálculo de la Incapacidad Temporal por Maternidad es del 90% del salario cotizable (Total Ganado del mes de la baja) y será reconocido a partir del primer día de la baja médica, es decir, al inicio de la incapacidad.		
		Ejemplo: La señora Janeth Pérez, tiene 45 días de baja médica Prenatal y Postnatal a partir del 21 de agosto de 2012.		



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS																																																						
		EMPRESA "JAZMIN S.R.L." LIQUIDACIÓN PLANILLA DE INCAPACIDAD POR MATERNIDAD (PRENATAL O POSTNATAL) POR EL MES DE AGOSTO 2012 (En Bolivianos) <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOVENO APELLIDO</th> <th>SALARIO COTIZABLE</th> <th>SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD</th> <th>SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD 90%</th> <th>DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD</th> <th>TOTAL DEDUCIBLE POR MATERNIDAD</th> </tr> <tr> <th></th> <th>S.C.</th> <th>S.D.</th> <th>S.D.M.</th> <th>D.R.I.</th> <th>T.D.M.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JANETH PEREZ</td> <td>100000</td> <td>10000</td> <td>9000</td> <td>30</td> <td>270000</td> </tr> </tbody> </table> EMPRESA "JAZMIN S.R.L." LIQUIDACIÓN PLANILLA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR MATERNIDAD POR EL MES DE SEPTIEMBRE 2012 (En Bolivianos) <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOVENO APELLIDO</th> <th>SALARIO COTIZABLE</th> <th>SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD</th> <th>SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD 90%</th> <th>DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD</th> <th>TOTAL DEDUCIBLE POR MATERNIDAD</th> </tr> <tr> <th></th> <th>S.C.</th> <th>S.D.</th> <th>S.D.M.</th> <th>D.R.I.</th> <th>T.D.M.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JANETH PEREZ</td> <td>100000</td> <td>10000</td> <td>9000</td> <td>30</td> <td>270000</td> </tr> </tbody> </table> EMPRESA "JAZMIN S.R.L." LIQUIDACIÓN PLANILLA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR MATERNIDAD POR EL MES DE OCTUBRE 2012 (En Bolivianos) <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOVENO APELLIDO</th> <th>SALARIO COTIZABLE</th> <th>SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD</th> <th>SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD 90%</th> <th>DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD</th> <th>TOTAL DEDUCIBLE POR MATERNIDAD</th> </tr> <tr> <th></th> <th>S.C.</th> <th>S.D.</th> <th>S.D.M.</th> <th>D.R.I.</th> <th>T.D.M.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JANETH PEREZ</td> <td>100000</td> <td>10000</td> <td>9000</td> <td>30</td> <td>270000</td> </tr> </tbody> </table> S.C. = Salario Cotizable S.D. = Salario Diario = S.C. / 30 S.D.M. = Salario Diario por Maternidad = S.D. * 90% D.R.I. = Días de Reconocimiento de Incapacidad D.R.I. = Baja Médica 45 días Días de incapacidad reconocida por la C.P.S., 45 días. T.D.M. = Total Deducible por Maternidad = S.D.M. * D.R.I. Nota: El total deducible de la Incapacidad Temporal por Maternidad debe estar contenido en el Formulario Liquidación Mensual de Aportes Formulario CGT - 01. 1) Registra en el Sistema de Cotizaciones los siguientes datos: • Matricula del Asegurado • Tipo de Incapacidad • Salario cotizabile del mes en que fue emitida la Baja • Días de Incapacidad del Certificado de	NOVENO APELLIDO	SALARIO COTIZABLE	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD 90%	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD	TOTAL DEDUCIBLE POR MATERNIDAD		S.C.	S.D.	S.D.M.	D.R.I.	T.D.M.	JANETH PEREZ	100000	10000	9000	30	270000	NOVENO APELLIDO	SALARIO COTIZABLE	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD 90%	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD	TOTAL DEDUCIBLE POR MATERNIDAD		S.C.	S.D.	S.D.M.	D.R.I.	T.D.M.	JANETH PEREZ	100000	10000	9000	30	270000	NOVENO APELLIDO	SALARIO COTIZABLE	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD 90%	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD	TOTAL DEDUCIBLE POR MATERNIDAD		S.C.	S.D.	S.D.M.	D.R.I.	T.D.M.	JANETH PEREZ	100000	10000	9000	30	270000	10 minutos	Open en Sistema de Cotizaciones
NOVENO APELLIDO	SALARIO COTIZABLE	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD 90%	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD	TOTAL DEDUCIBLE POR MATERNIDAD																																																					
	S.C.	S.D.	S.D.M.	D.R.I.	T.D.M.																																																					
JANETH PEREZ	100000	10000	9000	30	270000																																																					
NOVENO APELLIDO	SALARIO COTIZABLE	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD 90%	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD	TOTAL DEDUCIBLE POR MATERNIDAD																																																					
	S.C.	S.D.	S.D.M.	D.R.I.	T.D.M.																																																					
JANETH PEREZ	100000	10000	9000	30	270000																																																					
NOVENO APELLIDO	SALARIO COTIZABLE	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD	SALARIO DIARIO POR MATERNIDAD 90%	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD	TOTAL DEDUCIBLE POR MATERNIDAD																																																					
	S.C.	S.D.	S.D.M.	D.R.I.	T.D.M.																																																					
JANETH PEREZ	100000	10000	9000	30	270000																																																					



caja costarricense de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



CAJA COSTARRICENSE DE SEGUROS
HONORABLE DIRECCIÓN

26 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL
La Paz - Costa Rica

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		Incapacidad Temporal:		
		2. Entregó la liquidación para su posterior devolución de incapacidades.	10 días	Nota de solicitud de devolución
		3. Remite a Contabilidad nota de solicitud de devolución con un Resumen de los importes de incapacidades por Empresas e Instituciones adjunto los documentos de respaldo (Formulario COT - 01, Planillas de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal)		
2	Contabilidad Oficina Nacional, Administración Dependencias, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Emite el Cheque correspondiente por los importes de la solicitud a nombre de: • Empresa o Institución Representante Legal en forma excepcional 2. Entrega a la Empresa o Institución el Cheque correspondiente	10 días	Liquidación

SAUDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

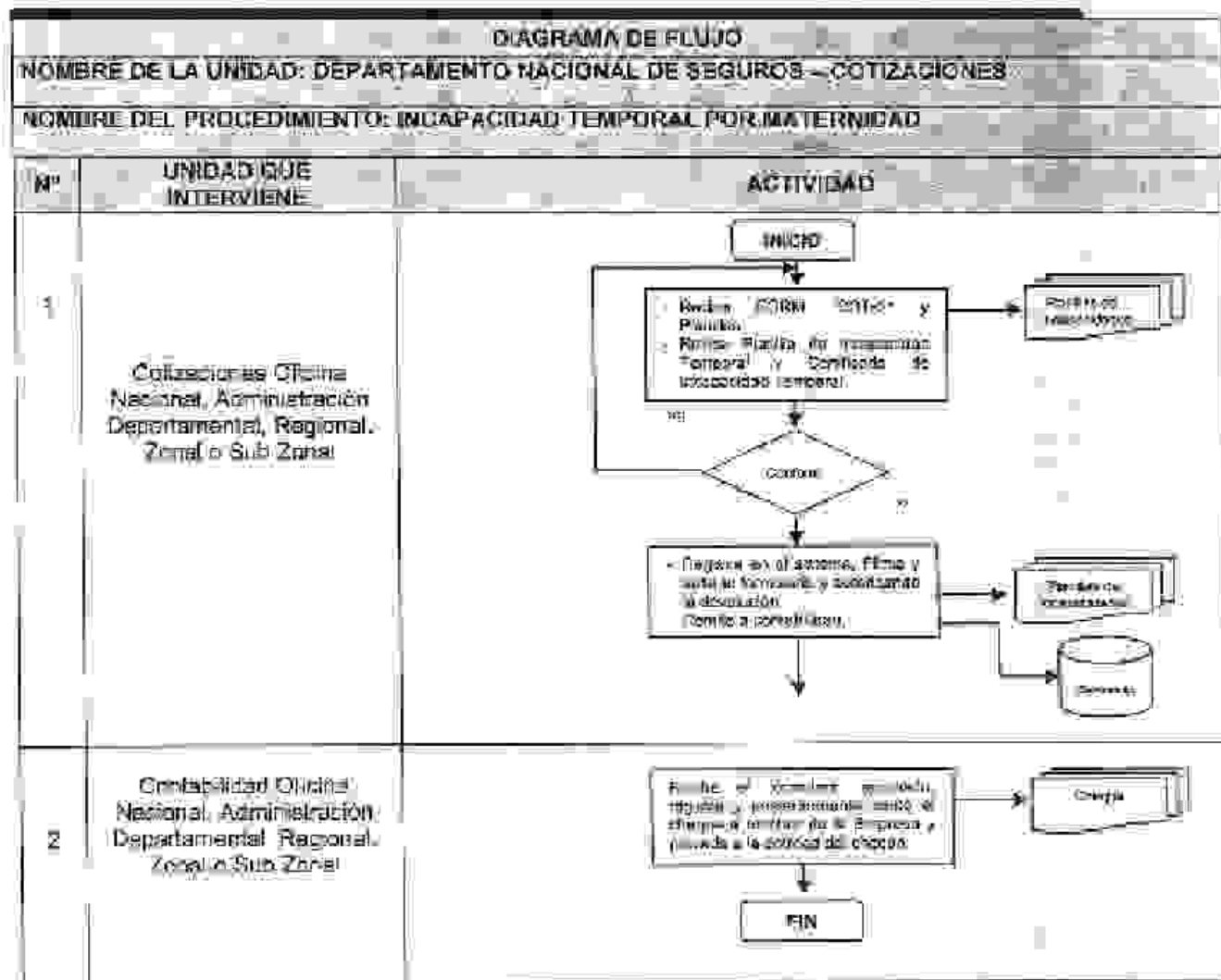
- Devolución de Incapacidad Temporal - Liquidación por las Empresas e Instituciones afiliadas a nuestra institución.



Compañía petrolera de Ecuador

FECHA ELABORACIÓN	08/05/2018
VERSIÓN	0001
ÁREA	Administración

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





caja costarricense de seguro social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



0.3. Riesgo Profesional

Se define como riesgo profesional a una situación potencial de peligro ligada directa o indirectamente al trabajo y que puede materializarse con el daño profesional.

El Riesgo Profesional se clasifica en:

0.3.1. Accidente de Trabajo

0.3.2. Enfermedad Profesional

8.3.1. Accidente de Trabajo

a) Definición

Se entiende por accidente de trabajo, a toda lesión orgánica o trastorno funcional, producido por la acción súbita y violenta de una causa externa con ocasión y como consecuencia del trabajo, y que determina disminución o pérdida de la capacidad de trabajo y de ganancia o muerte de asegurado, Artículo 27 del C.S.S. y el Artículo 145 de su Reglamento.

b) Aplicación

i. Cotizaciones Necesarias

El Subsidio por Riesgo Profesional se reconocerá a partir del primer día de la incapacidad calificada por el médico tratante, sobre la base de la denuncia de accidente de trabajo.

En el seguro de riesgo profesionales, las prestaciones en dinero, serán reconocidas al empleado, sin necesidad de acreditar cotización previa.

ii. Tiempo y Porcentaje de Reconocimiento de la Incapacidad Temporal

El Subsidio por Accidente de Trabajo se reconocerá al Empleado en un 90% del Salario Cotizante (Total Ganado) del día asegurada (o) Ella a partir del primer día de la incapacidad temporal, es decir, el día de la incapacidad calificada por el médico tratante en Caja Costarricense de Seguro Social, de conformidad al Artículo 29 del Decreto Ley 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley Nº 006 de 31 de mayo de 2010) y a lo establecido en el Artículo 3 del D.S. 20981.

iii. Interrupción de la Baja Médica

La incapacidad Temporal podrá ser interrumpida en los siguientes casos:

- Por alta médica.
- Por fallecimiento.
- Podrá interrumpirse por el alta médica, fallecimiento o declaración de la incapacidad permanente, sea total o parcial, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 29 del Decreto Ley 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley Nº 006 de 31 de mayo de 2010).
- Vicio de nulidad.

iv. Del Certificado de Incapacidad Temporal

Debe ser emitido únicamente por el profesional médico facultado, los datos que consigne el Certificado de Incapacidad Temporal son de responsabilidad del médico tratante y autorizada por el Director del Hospital, Jefe Médico o su equivalente, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 27 del Decreto Ley 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley Nº 006 de 31 de mayo de 2010).



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

El Médico del Servicio de Emergencia podrá expedir el Certificado de Incapacidad Temporal únicamente por el término de uno a tres (1 a 3) días, de acuerdo al Artículo 480 del R.C.S.S.; posteriormente el paciente deberá acudir a consulta externa, donde se evaluará su condición y donde le podrán extender Certificados de Incapacidad Temporal por períodos no mayores de siete (7) días cada vez en consulta externa, en caso que la enfermedad demande incapacidad entre los siete y hasta un máximo de 28 días y regulará expedirse un nuevo Certificado de Incapacidad Temporal, será necesariamente autorizado por el Director del Hospital, Jefe Médico o su equivalente. En hospitalización podrán ampliarse los plazos a juicio del médico tratante, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 27 del D.L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

V. Denuncia las Prestaciones Médicas

El asegurado que haya sufrido un accidente de trabajo o presunto estar afectado por una enfermedad profesional, debe comunicar este hecho al empleador directamente, por medio de un familiar o de tercera persona.

El Empleador debe entregar al asegurado o al gestor de caso, un comprobante de la denuncia de trabajo, con indicación de la fecha del aviso. En caso de que el Empleador se niegue a dar tal comprobante, la comunicación será hecha a la Inspección Regional de Trabajo o a la Administración de la Caja Petrolera de Salud, que dará la consiguiente constancia, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 111 del R.C.S.S.

El Empleador debe comunicar a la Caja Petrolera de Salud, en el término de 1 día, al siniestro ocurrido por la enfermedad profesional presunta, haya o no denunciado esta alhista el trabajador asegurado u otra persona. La denuncia se hará mediante los formularios de denuncia de Accidente de Trabajo o de declaración de Enfermedad Profesional, Artículo 114 del R.C.S.S.

Este formulario debe ser llenado y firmado por los médicos que hubieran atendido el caso y por las instancias correspondientes en nuestro Enta Gestor. El Empleador debe comunicar a la Caja Petrolera de Salud en el término de 24 horas el siniestro ocurrido o la enfermedad presunta, mediante los formularios de denuncia de Accidente de Trabajo o de declaración de Enfermedad Profesional que cause invalidez. El original debe presentarse a la Caja Petrolera de Salud y las demás copias para las instancias que corresponda conforme a normas, el Formulario que la Caja Petrolera de Salud debe entregar al Empleador, lo hará hasta los 3 días en el área urbana y 7 días en el área rural, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 85 de la Ley General del Trabajo y el Artículo 95 de su Reglamento. El incumplimiento genera una sanción de acuerdo a lo establecido en el Artículo 38 del C.S.S. y el Artículo 522 de su Reglamento.

Además, para asegurados que se encuentren en tránsito en el interior del país, es decir fuera del lugar donde efectuó su afiliación, se deberá otorgar las prestaciones a sola presentación del Carnet de Afiliación y Última Bolata de Pago, en cumplimiento a la R.M.D. N° 007712 de fecha 03/04/12 e instructivos emitidos por la Dirección General Ejecutiva, posteriormente se prestará la atención médica a sola presentación del carnet digital de asegurado.



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES				
NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES				
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: INCAPACIDAD TEMPORAL – ACCIDENTE DE TRABAJO				
"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"				
OBJETIVO DEL PROCESO: El presente Manual tiene como objetivo, uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos – legales en el área de Cotizaciones de la Caja Petrolera de Salud.				
ALCANCE: NIVEL NACIONAL: ÁREA ADMINISTRATIVA				
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN): Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones, Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional				
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO): Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas				
ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):				
N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Recibido y revisado el Formulario COT-01, Planilla de Sueldos y Salarios; Planilla de Incapacidad Temporal y Certificado de Incapacidad Temporal, pasado a la autorización de la devolución en dinero, previo a ello se deberán en cuenta los siguientes aspectos:	45 minutos	Formulario COT-01
		- Los Certificados de Incapacidad Temporal deben ser originales, debidamente firmados y sellados por el profesional médico facultado o médico tratante y avalado por la Máxima Autoridad del Centro Médico y Asegurado, de acuerdo a Reglamento de Bajas Médicas.	45 minutos	Planilla de Incapacidad Temporal
		- En caso de existir alguna observación, error u omisión, rechazará la Planilla presentada por la Empresa o institución, caso contrario dará su conformidad.	45 minutos	Planilla de Incapacidad Temporal y Certificado de Incapacidad Temporal
Nota: El porcentaje establecido para el cálculo de la Incapacidad Temporal por Accidente de Trabajo es del 80% del salario cotizante (Total Ganado del mes de la baja) y será reconocido a partir del primer día de la baja médica, es decir, el inicio de la incapacidad.				
Ejemplo: El señor Javier Fernández López, tiene 18 días de baja médica, a partir del 17 de febrero de 2012				



Compañía de Seguros

FECHA: 2012/02/15
CONTRATO: 12345
SECTOR: 1234
OTRO: 12345678

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS																								
		EMPRESA "JAZMIN SRL" LIQUIDACIÓN PLANILLA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE DE TRABAJO POR EL MES DE FEBRERO 2012 (En Bolivianos) <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE Y APELLIDO</th> <th>SALARIO CONTRACTUAL (S.C.)</th> <th>SALARIO DIARIO (Salario Contractual/30)</th> <th>SALARIO DIARIO POR ACCIDENTE DE TRABAJO (S.D.)</th> <th>DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD (D.R.I.)</th> <th>TOTAL DEDUCIBLE POR ACCIDENTE DE TRABAJO (T.D.A.T.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JAVIER FERNANDEZ</td> <td>6000.00</td> <td>200.00</td> <td>180.00</td> <td>14</td> <td>2400.00</td> </tr> </tbody> </table> EMPRESA "JAZMIN SRL" LIQUIDACIÓN PLANILLA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE DE TRABAJO POR EL MES DE MARZO 2012 (En Bolivianos) <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE Y APELLIDO</th> <th>SALARIO CONTRACTUAL (S.C.)</th> <th>SALARIO DIARIO (Salario Contractual/30)</th> <th>SALARIO DIARIO POR ACCIDENTE DE TRABAJO (S.D.)</th> <th>DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD (D.R.I.)</th> <th>TOTAL DEDUCIBLE POR ACCIDENTE DE TRABAJO (T.D.A.T.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JAVIER FERNANDEZ</td> <td>6000.00</td> <td>200.00</td> <td>180.00</td> <td>14</td> <td>2400.00</td> </tr> </tbody> </table> S.C. = Salario Contractual S.D. = Salario Diario = S.C./30 S.D.A.T. = Salario diario por Accidente de Trabajo = S.D. * 90% D.R.I. = Días de reconocimiento de Incapacidad D.R.I. = Baja médica 14 días Días de incapacidad reconocida por la C.P.S. 14 días. T.D.A.T. = Total deducible por Accidente de Trabajo = S.D.A.T. * D.R.I. Nota: El total deducible de la Incapacidad Temporal por Accidente de Trabajo debe estar declarado en el Formulario Liquidación Mensual de Accidentes - Formulario COT - 01. 1. Registra en el Sistema de Cotizaciones los siguientes datos: - Matrícula del Asegurado - Fin de Incapacidad - Salario contractual del mes en que fue emitida la Baja - Días de Incapacidad del Certificado de Incapacidad Temporal 2. Emite la Liquidación para su posterior devolución de Incapacidades. 3. Remite a Contabilidad nota de solicitud de devolución	NOMBRE Y APELLIDO	SALARIO CONTRACTUAL (S.C.)	SALARIO DIARIO (Salario Contractual/30)	SALARIO DIARIO POR ACCIDENTE DE TRABAJO (S.D.)	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD (D.R.I.)	TOTAL DEDUCIBLE POR ACCIDENTE DE TRABAJO (T.D.A.T.)	JAVIER FERNANDEZ	6000.00	200.00	180.00	14	2400.00	NOMBRE Y APELLIDO	SALARIO CONTRACTUAL (S.C.)	SALARIO DIARIO (Salario Contractual/30)	SALARIO DIARIO POR ACCIDENTE DE TRABAJO (S.D.)	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD (D.R.I.)	TOTAL DEDUCIBLE POR ACCIDENTE DE TRABAJO (T.D.A.T.)	JAVIER FERNANDEZ	6000.00	200.00	180.00	14	2400.00	50 minutos 10 días	Copias de Sistema de Cotizaciones Nota de solicitud de
NOMBRE Y APELLIDO	SALARIO CONTRACTUAL (S.C.)	SALARIO DIARIO (Salario Contractual/30)	SALARIO DIARIO POR ACCIDENTE DE TRABAJO (S.D.)	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD (D.R.I.)	TOTAL DEDUCIBLE POR ACCIDENTE DE TRABAJO (T.D.A.T.)																							
JAVIER FERNANDEZ	6000.00	200.00	180.00	14	2400.00																							
NOMBRE Y APELLIDO	SALARIO CONTRACTUAL (S.C.)	SALARIO DIARIO (Salario Contractual/30)	SALARIO DIARIO POR ACCIDENTE DE TRABAJO (S.D.)	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD (D.R.I.)	TOTAL DEDUCIBLE POR ACCIDENTE DE TRABAJO (T.D.A.T.)																							
JAVIER FERNANDEZ	6000.00	200.00	180.00	14	2400.00																							



Comptroller General of the Republic



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		con un Resumen de los importes de Incapacidades por Empresas o Instituciones adjunto los documentos de respaldo (Formulario COI-01, Planillas de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal)		Devolución
2	Contabilidad Oficina Nacional, Administración Departamental, Regiones, Zonal y Sub Zonal	1. Emite el Cheque correspondiente por los importes de la actividad a nombre de: - Empresa o Institución - Representante Legal en forma excepcional 2. Entrega a la Empresa o Institución el Cheque correspondiente.	10 días	Liquidación "
SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):				
- Devolución de Incapacidad Temporal declarada por las Empresas e Instituciones afiliadas a nuestra institución.				



Departamento de Seguros

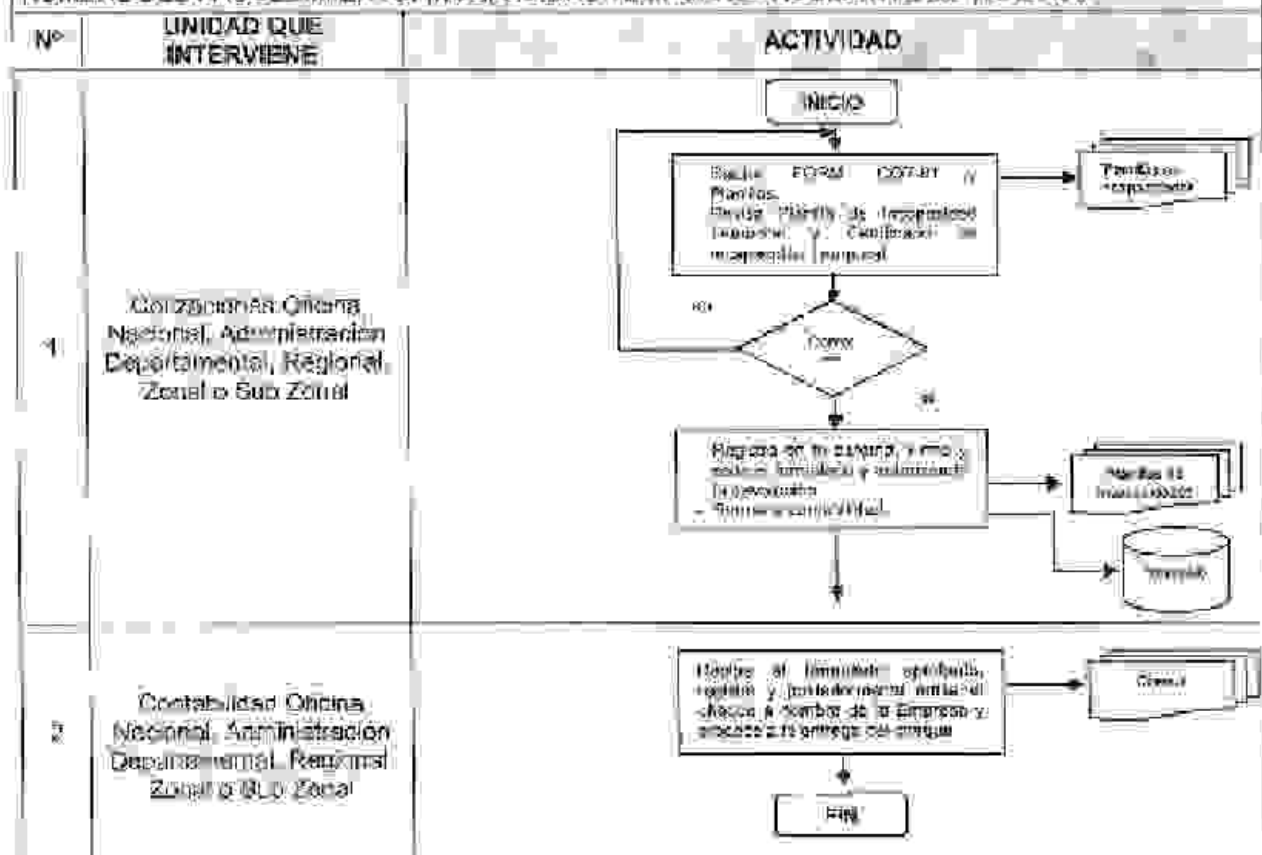
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Proceso Principal:	Seguros
Programa:	SPON
Acto:	Seguros de Vida

DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS – COTIZACIONES.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: INCAPACIDAD TEMPORAL - ACCIDENTE DE TRABAJO





Caja Petrolera de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

8.3.2 Enfermedad Profesional

a) Definición

Se entiende por enfermedad profesional a todo estado patológico producido por consecuencia del trabajo, que sobrevenga por evolución lenta y progresiva, que determina la disminución o pérdida de la capacidad de trabajo y se genere la muerte del asegurado, y que sea provocada por la acción de los agentes nocivos, Artículo 27 del C.S.S. y el Artículo 115 de su Reglamento.

b) Aplicación

I. Condicionales Necesarias

Las prestaciones en dinero, serán reconocidas al Empleado, o equivalente al 75% del Salario Cotizable (Total Ganado) del o la asegurada (o) titular percibido al inicio de la incapacidad, sin necesidad de acreditar Colización previa.

II. Tiempo de Reconocimiento de la Incapacidad por Enfermedad Profesional

El subsidio por enfermedad profesional se reconocerá a partir del primer día de la Incapacidad calificada por el médico tratante de la Caja Petrolera de Salud, de conformidad con el Artículo 29 del Decreto Ley 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010) y el Artículo 3 del D.S. 20081.

III. Interrupción de la Baja Médica

La incapacidad temporal, será interrumpida en los siguientes casos:

- Por alta médica;
- Por fallecimiento;
- Podrá interrumpirse por el alta médica, fallecimiento o declaración de la Incapacidad permanente, sea total o parcial, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 29 del Decreto Ley 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

IV. Del Certificado de Incapacidad Temporal

Debe ser emitido únicamente por el profesional médico facultado, los casos que corresponde al Certificado de Incapacidad Temporal son de responsabilidad del médico tratante y autorizado por el Director del Hospital, Jefe Médico o su equivalente de acuerdo a lo establecido en el Artículo 27 del Decreto Ley 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).

El Médico del Servicio de Emergencias podrá expedir el Certificado de Incapacidad Temporal, únicamente por el término de uno a tres (1 a 3) días, de acuerdo al Artículo 430 del R.C.S.S. y posteriormente el paciente deberá acudir a consulta externa, donde se evaluará su condición y donde lo podrán extender Certificados de Incapacidad Temporal por periodos no mayores de siete (7) días, cada vez en consulta externa, en caso que la enfermedad demande incapacidad entre los siete y hasta un máximo de 28 días y requerirá expedirse un nuevo Certificado de Incapacidad Temporal, será necesariamente autorizado por el Director del Hospital, Jefe Médico o su equivalente. En hospitalización podrán emitirse los plazos a juicio del médico tratante, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 27 del D.L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 006 de 01 de mayo de 2010).





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

V. Del Derecho a las Prestaciones Médicas.

El asegurado que haya sufrido un accidente de trabajo o presuma estar afectado por una enfermedad profesional, debe comunicar este hecho al Empleador directamente, por medio de un familiar o de tercera persona.

El Empleador debe entregar al asegurado o al gestor de este, un comprobante de la denuncia de trabajo, con indicación de la fecha del aviso. En caso de que el Empleador se niegue a dar tal comprobante, la comunicación será hecha a la Inspección Regional de Trabajo o a la Administración de la Caja Petrolera de Salud, que dará la correspondiente constancia, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 118 del R.C.S.S.

El Empleador debe comunicar a la Caja Petrolera de Salud, en el término de 1 día, el siniestro ocurrido o la enfermedad profesional presunta, haya o no denunciado este siniestro al trabajador asegurado u otra persona. La denuncia se hará mediante los formularios de denuncia de Accidentes de Trabajo o de declaración de Enfermedad Profesional, Artículo 118 del R.C.S.S.

El trabajador titular y sus beneficiarios tendrán derecho a todas las prestaciones médicas, a sola presentación del Carnet de Asegurado, cuando este implementado el Control de Aporte Individual a Nivel Nacional Temporalmente; cuando vigente lo establecido en el Artículo 16 Decreto Ley 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley Nº 008 de 01 de mayo de 2010). () Para comprobar el derecho a las prestaciones del Seguro de Enfermedad, Maternidad, deberá exhibirse la papeleta de pago de salarios cancelados en cualquiera de los dos meses anteriores a la solicitud de la consulta ().

Además para asegurados que se encuentren en tránsito por el interior del país, es decir, fuera del lugar donde efectuó su afiliación, se deberá otorgar las prestaciones a sola presentación del Carnet de Afiliación y última Receta de Pago, en cumplimiento a la R.H.D. Nº 007112 de fecha 03/04/12 o instructivos emitidos por la Dirección General Ejecutiva posteriormente se prestará la atención médica a sola presentación del carnet digital de asegurado.



caja patronadora de seguros

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

RECORDED
HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

RECORDED
ORIGINAL
de Paz - Bolivia

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS – COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: INCAPACIDAD TEMPORAL - ENFERMEDAD PROFESIONAL

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"

OBJETIVO DEL PROCESO

El presente Manual tiene como objetivo, uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos – legales en el área de Cotizaciones de la Caja Patrocinadora de Seguros.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL: ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguro Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
2	Cotizaciones Oficina Nacional, Administración Departamental, Regional, Zonal y Subs Zonal	Recibido y revisado el Formulario COT-01, Planilla de Sueldos y Salarios, Planilla de Incapacidad Temporal y Certificado de Incapacidad Temporal, procede a la autorización de la devolución en dinero, previo a ello se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:	45 minutos	Formulario COT - 01
		Los Certificados de Incapacidad Temporal deben ser originales, debidamente firmados y sellados por el profesional médico facultado o médico tratante y avalado por la Máxima Autoridad del Centro Médico y Asegurado; de acuerdo a Reglamento de Bajas Médicas.	45 minutos	Planilla de Incapacidad Temporal
		En caso de existir alguna observación, error u omisión, rechazará la Planilla presentada por la Empresa o Institución; caso contrario, dará su conformidad.	45 minutos	Planilla de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal
		Nota: El porcentaje establecido para el cálculo de la incapacidad (temporal por Enfermedad Profesional) es del 75% del salario cobrable (Total Ganado del mes de la baja) y será reconocido a partir del primer día de la baja médica, es decir, al inicio de la incapacidad. Ejemplo: El señor Juan Pérez, tiene 18 días de baja médica, a partir del 7 de marzo de 2012.		



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

PROCESO:	05.03.01
ACTIVIDAD:	07.01
VERSIÓN:	01.00

EMPRESA "JAZMIN S.R.L."
LIQUIDACION PLANILLA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR
ENFERMEDAD PROFESIONAL
POR EL MES DE MARZO 2012
(En Bs/ntarros)

NOMBRE Y APELLIDO	SALARIO COTIZABLE	SALARIO DIARIO (SALARIO COTIZABLE / 183)	SALARIO DIARIO POR ENFERMEDAD PROFESIONAL 90%	DÍAS RECONOCIDOS DE INCAPACIDAD	TOTAL DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD PROFESIONAL
	S.C.	S.D.	S.D.E.P.	D.R.I.	T.D.E.P.
ROSA FERNANDEZ	18000	98.36	88.52	10	2,400.00

S.C. = Salario Cotizable

S.D. = Salario Diario = S.C. / 183

S.D.E.P. = Salario diario por Enfermedad Profesional
= S.D. * 90%

D.R.I. = Días de reconocimiento de Incapacidad

D.R.I. = Bata médica 10 días

Días de incapacidad reconocida por la O.P.S. 10 días

T.D.E.P. = Total deducible por Enfermedad Profesional
= S.D.E.P. * D.R.I.

Nota: El total deducible de la Incapacidad Temporal por Enfermedad Profesional debe estar declarado en el Formulario Liquidación Mensual de Aportes - Formulario COTI - M.

1. Registra en el Sistema de Cotizaciones las siguientes datos:

- Matrícula del Asegurado
- Tipo de Incapacidad
- Salario cotizable del mes en que fue emitida la Bata
- Días de Incapacidad del Certificado de Incapacidad Temporal

50 minutos

Onzas de el Sistema de Cotizaciones

2. Emite la liquidación para su posterior devolución de Incapacidades

10 días

Nota de solicitud de devolución

3. Remite a Contabilidad nota de solicitud de devolución con un Resumen de los Importes de Incapacidades por Empresas o Instituciones adjunto los documentos de respaldo (Formulario COTI-01, Planillas de Incapacidad Temporal y Certificados de Incapacidad Temporal)

10 días

Liquidación

2

Contabilidad
Oficina Nacional,
Administración
Departamental,
Regional, Zonal y
Sub Zonal

1. Emite el Cheque correspondiente por los importes de la solicitud nombre de:
 - Empresa o Institución
 - Representante Legal en forma excepcional.
2. Entrega a la Empresa o Institución el Cheque correspondiente.

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES)



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

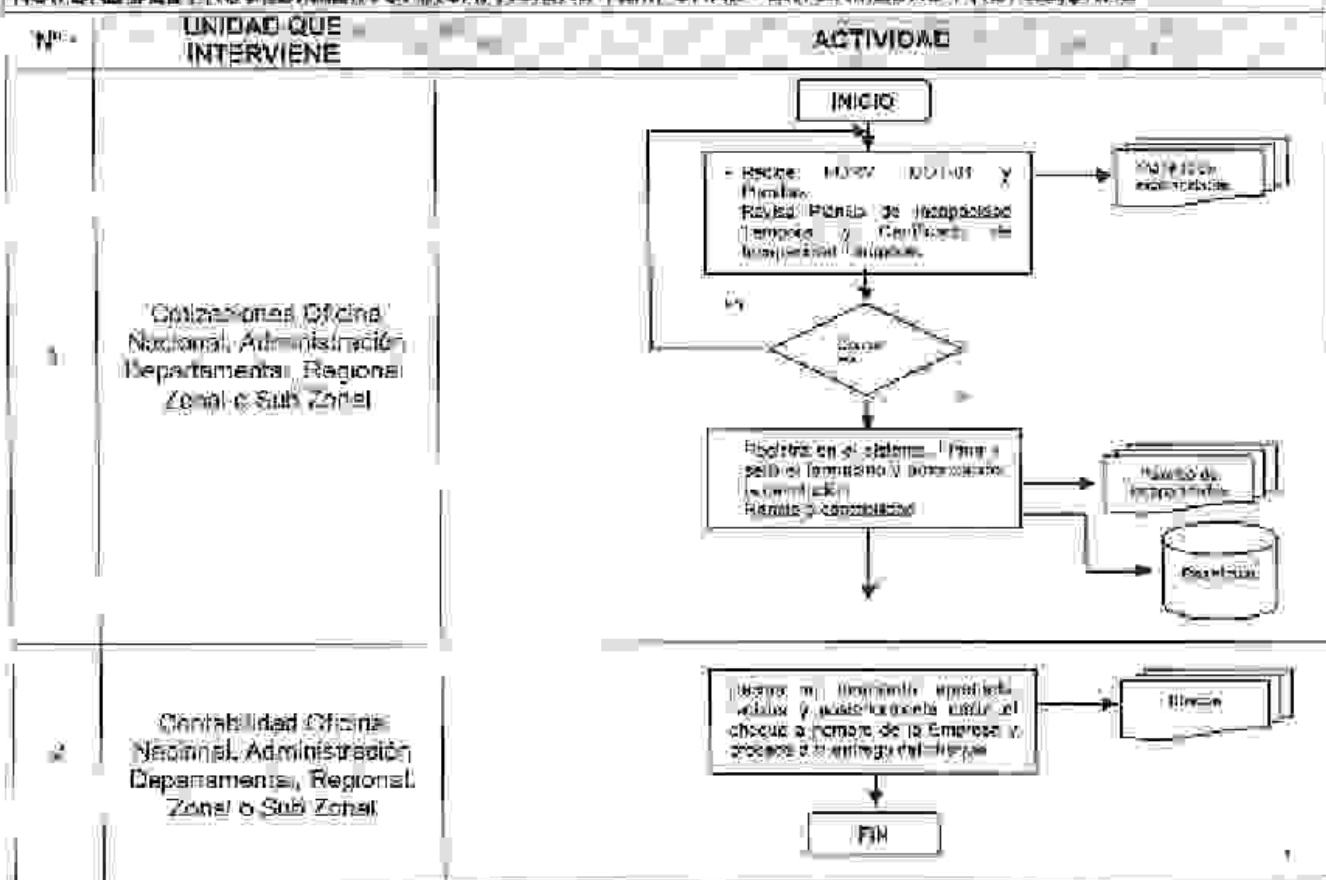
Desarrollo de Incapacidad Temporal declaradas por las Empresas e Instituciones afiliadas a nuestra institución



DIAGRAMA DE FLUJO

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: INCAPACIDAD TEMPORAL - ENFERMEDAD PROFESIONAL





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

9. Contenido Del Certificado de Incapacidad Temporal

El "Certificado de Incapacidad Temporal", contiene los siguientes datos:

- Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal, a la que corresponde.
- Número de Hoja de Historia Clínica, en las Administraciones que corresponda.
- Nombre y apellidos del médico tratante.
- Nombre y apellidos del paciente (asegurado).
- Matrícula del asegurado.
- Nombre de la Empresa o Institución.
- Domicilio del asegurado.
- Fecha de inicio de la baja.
- Diagnóstico.
- Días de imposibilidad de concurrir a sus labores.
- Observaciones.
- Lugar y fecha de la emisión.
- Firma y sello del Médico tratante (Coligatorio).
- Firma y sello de autorización del Jefe Médico, Director del Establecimiento de Salud o su equivalente (Obligatorio) después de tener día.
- Sello "SIN DERECHO A PRESTACIONES EN DINERO", si corresponde.

10. Suspensión de las Prestaciones Médicas, Para Empresas, Instituciones, Entidades o Asegurados Voluntarios en Mora.

A la conclusión del Estado Mensual de Aportes, la Unidad de Cotizaciones de cada Administración determinará las Empresas, Instituciones y Asegurados Voluntarios con aportes en mora, paralelamente se debe establecer la suspensión de atención médica de acuerdo a lo establecido en el Artículo 199 del Código de Seguridad Social y Artículo 484 del R.C.S.S., que establece: "El trabajador por quien no se haya pagado las cotizaciones requeridas no tendrá derecho al otorgamiento de las prestaciones Médicas por parte de la Caja, a excepción de las prestaciones sanitarias (Servicio de Emergencia). La Caja cobrará al empleador negligente el doble de los gastos efectuados en dichas prestaciones sin perjuicio del cobro coactivo de las cotizaciones devengadas".

Se considerará la prestación de los Servicios de Emergencia por una sola vez, hasta que el Empleado regularice el pago de los Aportes Devengados.

El caso de estas suspensiones será establecido por el Administrador del Establecimiento de Salud correspondiente que informará al Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub - Zonal de la Caja Costarricense de Seguro Social, quien notificará al Empleador negligente obligándolo al pago doble de dicho costo.

Simultáneamente la Unidad de Cotizaciones de las Administraciones Departamentales, Regionales, Zonales y Sub - Zonales remitirán un reporte de la suspensión de atención médica de las Empresas, Instituciones y Asegurados Voluntarios en mora, a la Administración Departamental, Jefe de Medicina Clínica, Rol Consultorios, Seguros, Afiliaciones, Vigencia de Derechos, Fichaje y Contabilidad para realizar el control de la suspensión de atención médica.

De los aportes nominales de las Empresas o Instituciones, de forma mensual cada Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub - Zonal deberá comunicar mediante nota a las Administraciones Departamentales la suspensión de las atenciones médicas de las Empresas o Instituciones en mora o en su defecto comunicar si se encuentra con Baja Temporal o Definitiva del Número de Empleador otorgado por la institución.



caja costarricense de seguro social



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

11. Seguro Voluntario:

Son responsables de establecer la cotización mensual del Seguro Voluntario a nivel nacional, el Departamento Nacional de Prestaciones en Salud dependiente de la Dirección Nacional de Salud en coordinación con la Dirección Nacional Administrativa Financiera a través del Departamento nacional de Seguros, el mismo que será objeto de revisión y ajuste periódicamente, cuyo importe de cotización será calculado sobre la base de lo definido, en ningún caso será inferior al importe establecido. Toda modificación a los saleros cotizables tope, se la realiza previo estudio técnico y los costos de acuerdo a las condiciones económicas y de infraestructura de la institución.

El pago y presentación de la documentación, fuera del plazo señalado en el Contrato del Seguro Voluntario, será sujeto al recargo de intereses y multas, tomando en cuenta los días de mora, a partir de cada día hábil del periodo del aporte hasta la fecha de pago.



caja petrolera de salud

versión:	0000011
revisión:	00000
fecha:	septiembre 2011

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS – COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCESO: COTIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: LIQUIDACION DE APORTES DEL SEGURO VOLUNTARIO

"DESCRIPCIÓN DEL PROCESO"

OBJETIVO DEL PROCESO:

El presente Manual tiene como objetivo uniformar y sistematizar los procesos y procedimientos administrativos, técnicos – legales en el área de Cotizaciones de la Caja Petrolera de Salud.

ALCANCE:

NIVEL NACIONAL ÁREA ADMINISTRATIVA

RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):

Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional Administrativa Financiera, Departamento Nacional de Seguros, Encargado de Cotizaciones, Oficina Nacional, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Cotizaciones, Contabilidad y Caja a Nivel Nacional.

ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):

Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas.

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
1	Cotizaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Informa al Asegurado Voluntario la forma de llenado y presentación del Formulario COT - 01 Liquidación Mensual de Aportes.	45 minutos	Formulario COT-01
		2. Recibe el Formulario COT - 01 adjunto con copia bancaria, hasta el quinto día hábil del mes al que corresponde la cotización. Examina el Formulario COT - 01 presente observaciones como ser errores, enmiendas y otros. Devuelve al Asegurado Voluntario para que subsane y presente otro formulario correctamente llenado.	45 minutos	Formulario COT-01
		3. Revisa los datos consignados en el Formulario COT - 01; Datos del Asegurado Voluntario: ✓ Administración a la que corresponde. ✓ Fecha de emisión ✓ Nombre del Asegurado Voluntario. ✓ Domicilio del Asegurado Voluntario. ✓ Teléfono fijo y/o celular del Asegurado Voluntario. ✓ Número de la Matrícula ✓ Correo electrónico e-mail Declaración del Aportante ✓ Número de trabajadores (1) ✓ Mes y año del aporte	45 minutos	Formulario COT-01



APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad DOCUMENTO ORIGINAL

N°	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TEMPOS MAXIMOS	DOCUMENTOS
		✓ Salario Cotizable en Bolivianos ✓ Tasa de Aporte (10%) ✓ Cotización en Bolivianos ✓ Total a Pagar ✓ Nombre y Firma del Asegurado Voluntario ✓ Firma y sello del Funcionario Liquidador de Cotizaciones.		
		4. Previa revisión de los datos consignados en el Formulario COT - 01, verificar con los datos consignados del mes anterior en el Sistema de Cotizaciones, se procede a la liquidación de aportes. 5. El funcionario liquidador de Cotizaciones firma y sella el Formulario COT - 01 y la liquidación, para su registro en Caja.	45 minutos	Formulario COT-01
2	Caja Administrativa Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe el Formulario COT - 01 y verifica el número de liquidación realizada por cotizaciones. 2. Recibe la boleta de depósito bancario, y genera el Recibo de Caja. 3. Sella en el Formulario COT - 01 4. Desglosa y remite las copias del Formulario COT - 01 en el siguiente orden: • Original a Contabilidad, • 1ra., 2da. y 3ra. Copia a Cotizaciones, • 4ta. Copia al Asegurado Voluntario. 5. Al día siguiente remite los Formularios COT - 01 y Recibo de Caja a las instancias correspondientes.	50 minutos 1 día	Formulario COT-01 Formulario COT-01 y Recibo de Caja
3	Cotizaciones Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub Zonal	1. Recibe las tres copias del Formulario COT - 01, copia de la liquidación y Recibo de Caja, como constancia del pago realizado por el Asegurado Voluntario, procede a compaginar la conmemoración de acuerdo al siguiente orden: • Copias y Recibo de Caja para archivo de Cotizaciones • Copia a Cotizaciones de Oficina Nacional.	1 día	Formulario COT-01 liquidación y Recibo de Caja
4	Encargado de Cotizaciones Administración Departamental, Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Imprime el Estado Mensual de Aportes en tres ejemplares, firmado por el Responsable de Cotizaciones: Jefe Administrativo Financiero u Administrador Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal, destinados a: - Cotizaciones de Oficina Nacional, adjunto Formulario COT - 01 - Unidad de Contabilidad de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal. - Archivo de Cotizaciones de la Administración Departamental, Regional, Zonal o Sub-Zonal. 2. Remite vía el Administrador Departamental, Regional	Valores 3 días	Estado Mensual de Aportes Nota:



Ministerio de Salud Pública

FECHA DE ELABORACIÓN	2008/01/01
UNIDAD QUE ELABORA	ONCE
FECHA DE APROBACIÓN	2008/01/01

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPOS MÁXIMOS	DOCUMENTOS
		Zona o Sub - Zona de Estación Mensual de Aportes, para la Sección Nacional de Cotizaciones (cuando corresponda) hasta el décimo (10) día del mes siguiente imperativamente, bajo sanción de Responsabilidad por la Función Pública.		Estados Mensuales Formulario COT-01 planillas
		3. En el caso de verificación de no pago de aportes por parte del Asegurado Voluntario, dentro los plazos establecidos se debe proceder a sancionar conforme a normativa vigente.		
		NOTA: El incumplimiento por parte del Asegurado Voluntario, el pago de aportes mensuales, remite al procedimiento de Aportes en Mora.		

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

Aportes del Seguro de Salud otorgados a los Asegurados Voluntarios afiliados a nuestra institución



Caja Petrolera de Salud

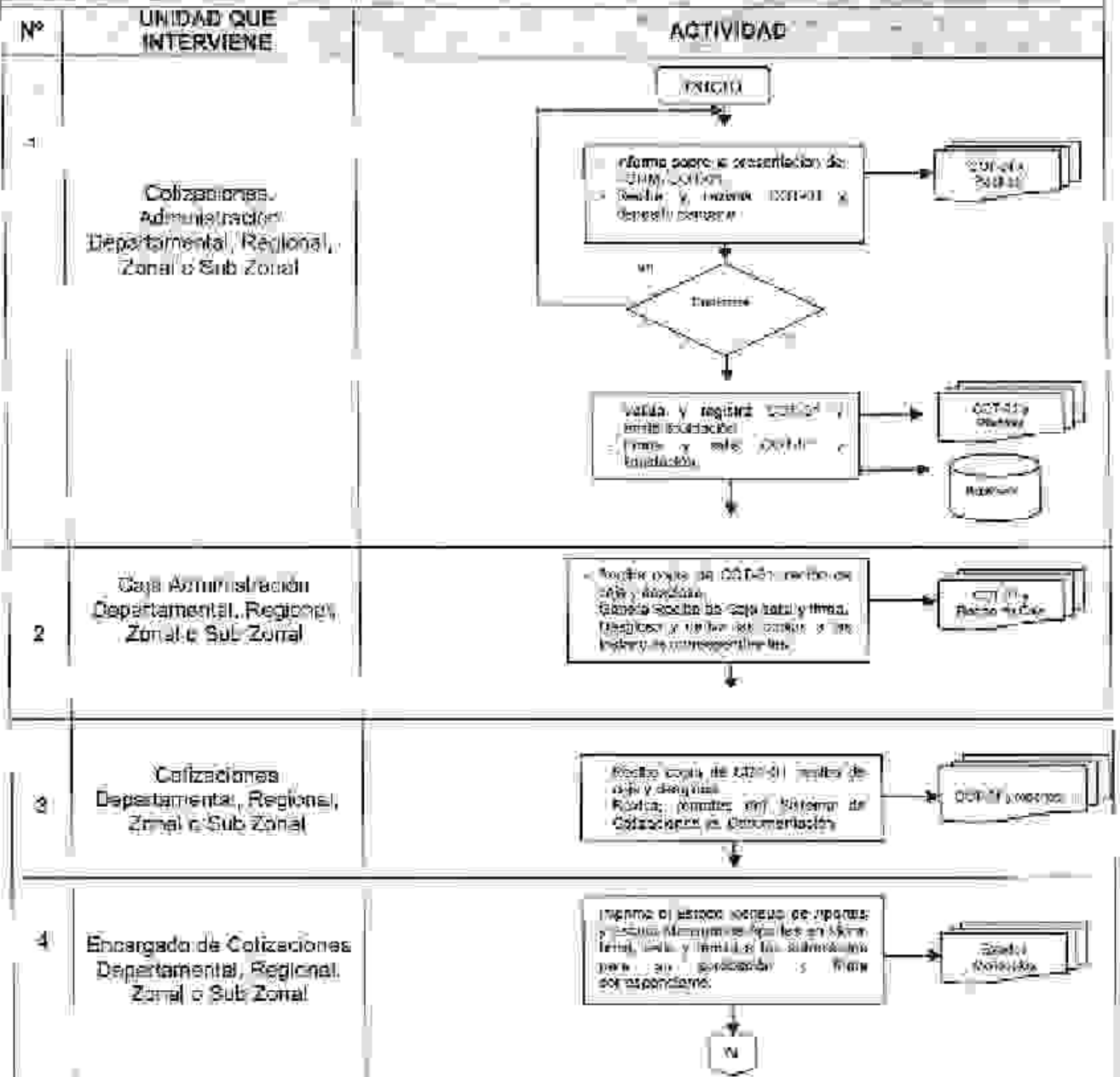
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



DIAGRAMA DE FLUJO

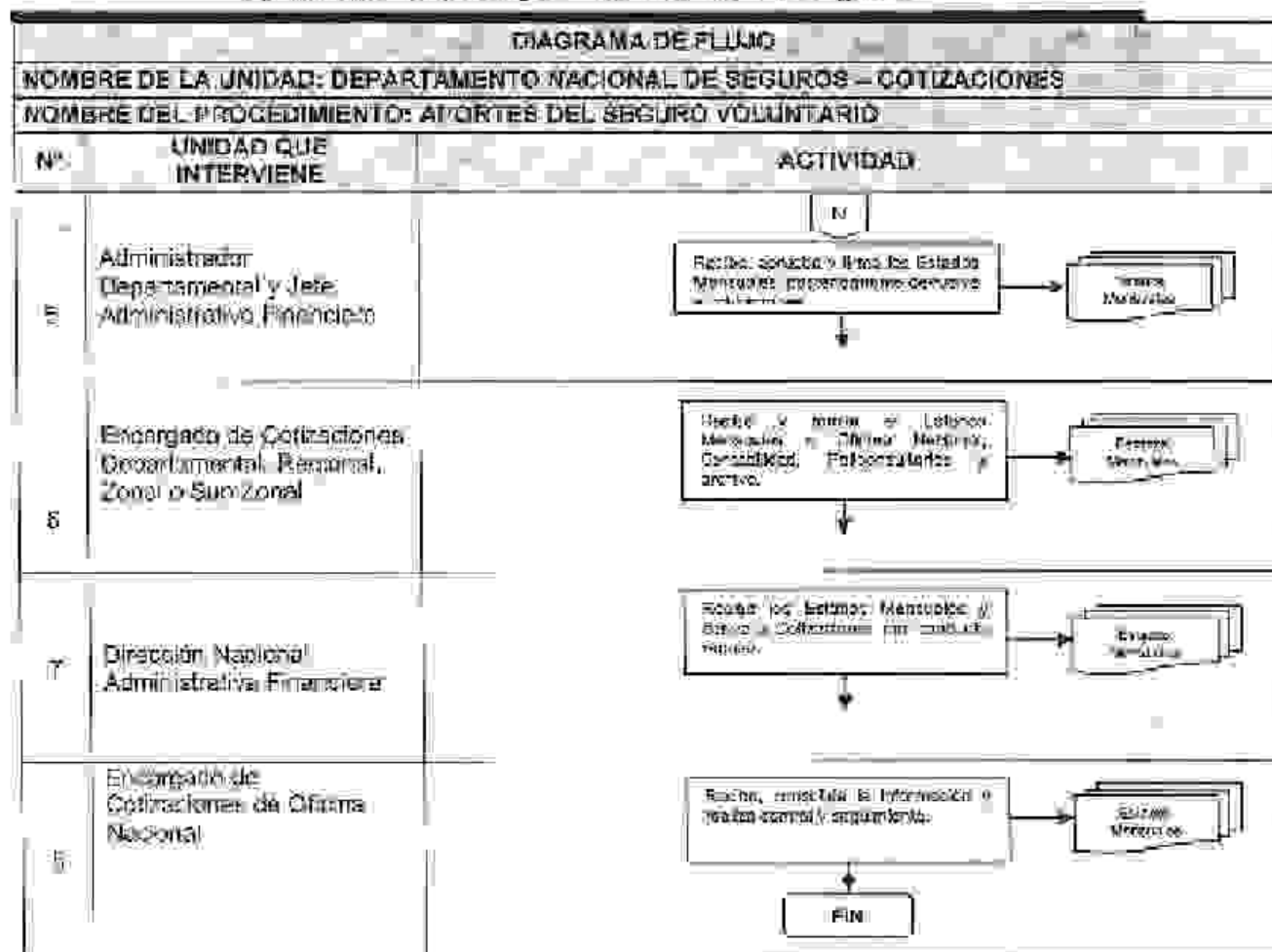
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - COLIZACIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: APORTES DEL SEGURO VOLUNTARIO





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



[Firma manuscrita]
 Jefe de Oficina de Cotizaciones
 Superintendencia de Seguros de la Nación



Compañía Petrolera de Salud

PROCESO/PROCEDIMIENTO	
DECISION	
ANEXO	OPINION
FECHA	FECHA DE EVALUACION

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

ANEXOS

	COMPAÑIA PETROLERA DE SALUD
	HONORABLE DIRECTORIO
25 MAR 2014	
APROBADO	
DOCUMENTO ORIGINAL	
LA PAZ - BOLIVIA	



caja petrolera de salud

FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN
RECIBIDA	RECIBIDA
NOVA	NOVA

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

caja petrolera de salud	FORM. COT-01 N° 0000001
LIQUIDACIÓN MENSUAL DE APORTES	

Administración: _____ Fecha de emisión: _____

Nombre y Razón Social de la Empresa: _____

Domicilio legal de la Empresa: _____ Tel: _____

N.I.T.: _____

Nº del Empleador: _____ Nº Matricula: (solo para el 2013)

DECLARACIÓN DEL APORTANTE				
Nº de Trabajadores	Mes y Año de la Planilla	Salario Cotizable Bs	Tasa %	Cotización Bs (?)
DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL				
	a) Enfermedad 75%			
	b) Maternidad 80%			
	c) Riesgo Profesional 75%			
	d) Enfermedad Profesional 75%			
	e) Otros			
	f) Total deducciones (a+b+c+d)			
	g) Saldo Acumulación deducciones mes anterior			
TOTAL A PAGAR: (f)				

Atesto la exactitud de los datos consignados en el presente formulario

NOTA: Todos los Empleadores están obligados a comunicar a la Caja Petrolera de Salud todos los cambios relativos al Comité de Seguro Social, cambios de Representante Legal, Comité de Negociación de Trabajo o suspensiones de actividades temporales o definitivas, mediante el Formulario Aviso de Movimientos del Empleador, todo contrario será pasible a las sanciones correspondientes.

Nombre, Firma y Sello del Representante Legal o autorizado	Sello de la Empresa	Firma y Sello del Funcionario Liquidador
--	---------------------	--



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

FORM. COT-02

LPZ-COT-CA-0001/2012
La Paz, 11 de agosto de 2012

COMUNICACIÓN DE ADEUDOS

Razón Social: **JAZMIN S.R.L.**

Número del Empleador: **000-1-0017**

Domicilio Legal: **AV. CAMACHO EDIF. KERSUL PISO 7. OF-S ZONA CENTRAL**

Teléfono: **2141717**

Nombre del Representante Legal registrado en la C.P.S: **RAÚL VALENCEA RODRÍGUEZ**

Liquidación de aportes devengados, intereses y multas correspondientes al mes de **JUNIO/2012**, por Tasación de Oficio, de acuerdo a la última planilla presentada, de conformidad a lo dispuesto en el Art 222º del Código de Seguridad Social D.S. 20714 y disposiciones complementarias según el siguiente detalle:

Salario Cotizable Última Planilla Presentada		
MAYO/2012	20.000,00	
Salario actualizado	20.168,64	
Cotización 10%		2.016,86
Intereses		19,93
Multas		1,89
Multa del 1% por la no presentación de planillas		20,17

TOTAL ADEUDO Bs. 2.057,85

Son: **DOS MIL CINCUENTA Y SIETE BS/100 BOLIVIANOS.** (importe que será re liquidado a la fecha de hacer efectivo el pago).

La presente Comunicación de Adeudos debe ser cancelada en el plazo máximo de cinco días hábiles a partir de su recepción; vencido este término, se emitirá la NOTA DE CARGO correspondiente, que incluirá el 3% por concepto de recargo por costas judiciales, en cumplimiento a disposiciones legales en vigencia y se ejercerá el cobro mediante la Vía Coactiva Social.

Cotizaciones

Jefe Administrativo
Firma:

Administrador



osja petrolera de salu

FORMA DE PAGO	Anticipo
FECHA DE PAGO	20/07/12
MONEDA	BOLIVIANO
PAGOS	100 de 100

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

FORM. COT-03

LPZ-COT-NC-0001/2012
La Paz, 20 de julio de 2012

NOTA DE CARGO

Razon Social: JAZMIN S.R.L.

Número del Empleado: 000-1-0017

Domicilio Legal: AV. CAMACHO EDIF. KERSUL NISO 7, OFI-3 ZONA CENTRAL

Teléfono: 214 1717

Nombre del Representante Legal registrado en el R.P.S.: RAÚL VALENCIA RODRÍGUEZ

Nota de Cargo que se gira de conformidad con lo dispuesto por el artículo 222 del Código de Seguridad Social, artículo 67 del D.L. 13214 (elevado al rango de Ley mediante Ley N° 005 de 01 de mayo de 2010). Comunicación de Adeudos LPZ-COT-GA-0001/2012, de fecha 11 de julio de 2012, según el siguiente detalle:

Salario Gratizable Última Planilla Presentada		
ABRIL/2012	25.000,00	
Salario actualizado	20.118,36	
Cotización 10%		2.011,84
Intereses		18,89
Multas		1,89
Multa del 1% por la no presentación de planillas		20,17
Gastos Judiciales 3%		60,51
TOTAL Bs.	2.118,36	

SON DOS MIL CIENTO DIECIOCHO 36/100 BOLIVIANOS.

La presente Nota de Cargo deberá ser conocida en el plazo máximo de tres días hábiles a partir de su notificación, vencido este término, se ejercerá el cobro mediante la Vía Coactiva Social.

Cotizaciones

Jefe Administrativo
Financiero

Administrador

Presidencia y Capital Pertenencia Social
C. JAZMIN S.R.L.
20 de Julio, Avenida Camacho, Edificio Kersul Niso 7, Oficina 3 Zona Central
La Paz, Bolivia



00000000000000000000

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

DOCUMENTO 00000000000000000000

FORM COT-01

LP2-COT-LPP-000-1/20-02
La Paz, 12 de septiembre de 2012

LIQUIDACION PARA PLAN DE PAGOS

Razón Social: JAZMIN S.R.L

Número del Empleador: 000-1-0017

Domicilio Legal: AV. CAMACHO EDIF. KERSUI HISO7, QF-3 ZONA CENTRAL

Teléfono: 2141717

Nombre del Representante Legal registrado en la C.R.P. 6: RAUL VALENZUELA RODRIGUEZ

Liquidación de Aportes Devengados, Intereses y Multas correspondientes de la(s) Comunicación(es) de Aduelco y Nota(s) de Cargo, de acuerdo al siguiente detalle:

Actualización de la(s) Nota(s) de Cargo:

Nº COM.C.	COMUNICACIÓN RA	TIPO CARGO CUPV		COTIZACIÓN ACTUALIZADA (B.)	INTERES	INTERES ACTUALIZADO	MULTAS	MULTAS ACTUALIZADO	GASTOS JUDICIALES	GASTOS JUDICIALES ACTUALIZADO	DEBITOS POR PAGOS	TOTAL (B.)
		F. EXISTEN	F. EXISTEN									
0001/0112	2.011.01	1.720.11	1.727.20	7.520.00	14.17	14.17	27.10	14.17	75.40	75.40	0.00	2.007.34
0002/0112	2.012.01	1.727.20	1.727.20	7.520.00	14.17	14.17	27.10	14.17	75.40	75.40	0.00	2.007.34
TOTAL				15.040.00	28.34	28.34	54.20	28.34	150.80	150.80	0.00	4.014.68

Reliquidación de la(s) Comunicación(es) de Aduelco:

Nº COM.C.	BALANCE JUDICIAL (B.)	TIPO CARGO CUPV		BALANCE ACTUALIZADO (B.)	COTIZACIÓN ACTUALIZADO	DÍAS MORA	INTERES	MULTAS		DEBITOS POR PAGOS	TOTAL (B.)
		EXISTEN	EXISTEN					EXISTEN	EXISTEN		
0001/0112	14.17	1.720.11	1.727.20	7.520.00	14.17	14.17	14.17	14.17	14.17	0.00	2.007.34
TOTAL				15.040.00	28.34	28.34	28.34	28.34	28.34	0.00	4.014.68

TOTAL LIQUIDADO

7.158.38

Seis SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO 88/100 BOLIVIANOS.

Cotizaciones

Jefe Administrativo
Financiero

Administrador

Original: 00000000000000000000
1º Copia: 00000000000000000000
2º Copia: 00000000000000000000
3º Copia: 00000000000000000000



caja de Seguro de Salud

FORMULARIO	000001
VERSION	0001
FECHA	Sept 12 de 2012

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

FORM. COT-06

LPZ-COT-LPP-0001/2012
La Paz, 12 de septiembre de 2012

CUADRO DE AMORTIZACIÓN

Razón Social: JAZMIN S.R.L.
Numero del Empleador: 000-1-0037
Comunicación de Adeudos: LPZ-COT-GA-0003/2012
Nota(s) Cargo: LPZ-COT-NC-0001/2012
LPZ-COT-NC-0001/2012

Nº	MESURAS	PLAN DE PAGOS (MORTE)			SANCION EMISION N.A. Y N.C.		TOTAL CUOTA MENSUAL
		CAPITAL INICIAL (MORTE ADEUDADO)	INTERES DE AMORTIZACION	CUOTA FIJA	INTERES N.A. Y N.C.	MULTAS Y STOS. JUD. N.A. Y N.C.	
1	12/09/2012	8.860,93					688,10
2	12/10/2012	8.732,87	61,93	1.275,98	13,14	42,44	1.331,56
3	12/11/2012	4.978,82	49,79	1.275,98	13,14	42,44	1.331,56
4	12/12/2012	3.752,89	37,53	1.275,98	13,14	42,44	1.331,56
5	12/01/2013	2.514,18	25,14	1.275,98	13,14	42,44	1.331,56
6	12/02/2013	1.283,34	12,83	1.275,98	13,14	42,44	1.331,56
TOTALES			187,02		65,69	212,22	7.345,90

Sum: SIETE MIL CIENTO CINQUENTA Y OCHO 68/100 BOLIVIANOS.

Colaborantes

Jefe Administrativo
Financiero

Administrador

Original: Tesorería, Jefe de Plan y Jefe de Ventas,
Jefe de Recursos Humanos,
Jefe de Plan, Jefe de Ventas,
Jefe de Plan, Jefe de Ventas.



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguimiento

CAJA PETROLERA DE SALUD
HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2016

APPROBADO

DOCUMENTO ORIGINAL

TITULO CUARTO

CONTROL DE EMPRESAS

CAPITULO PRIMERO

1. Antecedentes

En aplicación al artículo 224 del Código de Seguridad Social, la Caja Petrolera de Salud ha constituido un equipo de Auditores, encargados de la "Inspección, Fiscalización y Control" de empresas a nivel nacional, bajo estricta reserva en los lugares de trabajo para examinar libros de contabilidad, archivos, listas de pago y demás documentos necesarios para el control de las empresas y cotizaciones; por tanto, las empresas e instituciones de cualquier naturaleza están obligadas a proporcionar toda la información requerida por los Auditores de Control de Empresas designados en su caso aplicar las sanciones que señala el Código de Seguridad Social, su Reglamento y otras disposiciones relacionadas.

Bajo este marco, el Reglamento del Código de Seguridad Social, en su Título V, Capítulo II "INSPECCIÓN Y CONTROL DE LAS EMPRESAS", establece la inspección y control de las empresas e instituciones afiliadas a la Caja Petrolera de Salud, para un forma periódica en su misma sede, control que se extenderá a todos los aspectos relacionados, directa o indirectamente con la Seguridad Social y las disposiciones legales reglamentarias en la materia otorgando a los Auditores fiscalizaciones amplias e inmensa atribuciones.

2. Objetivo

Uniformar los procedimientos a aplicar en los procesos de "Inspección, Fiscalización y Control" de las Empresas e Instituciones afiliadas a la Caja Petrolera de Salud, con eficiencia y transparencia.

3. Naturaleza de la "Inspección, Fiscalización y Control" de Empresas

La Caja Petrolera de Salud, tiene conformado un equipo de Auditores para ejercer la "Inspección, Fiscalización y Control" de empresas a nivel nacional, trabajo que está bajo supervisión de la División Nacional de Control de Empresas del Departamento Nacional de Seguros.

La "Inspección, Fiscalización y Control" será ejercido en el marco del Código de Seguridad Social, su Reglamento y disposiciones complementarias, que consistirá en verificar que el Empleador cumple con sus obligaciones al Seguro Social a Corto Plazo, la "Inspección, Fiscalización y Control" se realizará con base a los documentos e información que permita la constatación de las omisiones o defectos eventuales.

4. Requerimiento de Información para fines de la "Inspección, Fiscalización y Control" de Empresas

Todas las empresas, instituciones y entidades públicas afiliadas a la Caja Petrolera de Salud están obligadas a facilitar toda la información y documentación que se solicite para la realización de la "Inspección, Fiscalización y Control" en aplicación del Código de Seguridad Social y disposiciones complementarias, de conformidad a lo establecido en el Artículo 208 del Código de Seguridad Social.

Gerencia Nacional de Asesoría Financiera
Departamento Administrativo de Seguros



6. Atribuciones y Prohibiciones del Auditor de Control de Empresas

Las atribuciones y prohibiciones que enmarcan el trabajo de los Auditores de Control de Empresas se encuentran establecidas en los artículos 578 al 582 del Reglamento al Código de Seguridad Social.

CAPITULO SEGUNDO

6. Programa Anual de Fiscalización de Empresas (PAFE)

El Programa Anual de Fiscalización de Empresas es un documento de planificación propio del área responsable la realización de la "Inspección, Fiscalización y Control" de empresas a nivel nacional y será ejecutado en el marco de los procedimientos establecidos en el presente Manual.

DESCRIPCION DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS				
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - CONTROL DE EMPRESAS				
NOMBRE DEL PROCESO: ELABORACIÓN PROGRAMA ANUAL DE FISCALIZACIÓN DE EMPRESAS				
OBJETIVO DEL PROCESO:				
Uniformar los procedimientos a aplicar en los procesos de "Inspección, Fiscalización y Control" de las Empresas e Instituciones afiliadas a la Caja Petrolera de Salud, con eficiencia y transparencia.				
ALCANCE: NIVEL NACIONAL				
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):				
Director General Ejecutivo, Director Nacional Administrativo Financiero, Jefe Departamento Nacional de Seguros, Jefe División Nacional de Control de empresas, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Jefes de Control de Seguros, Encargados de Control de Empresas de las Administraciones.				
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):				
Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social y otras disposiciones legales.				
ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):				
N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
1	Jefe del Departamento Nacional de Seguros	1. Emite Instructivo en septiembre de cada gestión a Jefatura de la División Nacional de Control de Empresas para la elaboración del Programa Anual de Fiscalización de Empresas (PAFE) para ser presentado hasta noviembre de cada gestión.	3 días	Instructivo
2	Jefe de la División Nacional de Control de	1. Recibe Instructivo y solicita a los Encargados de Control de Empresas o Autoridad Competentes (donde no exista Encargado de Control de	3 días	Instructivo



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



MINISTERIO DE SALUD
HONORABLE DIRECTOR

26 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

Nº	UNIDADES PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
	Empresas	Empresas en las Administraciones el Programa Anual de Focalización de Empresas PAPE hasta noviembre de cada gestión bajo las siguientes directrices enunciadas y no limitativas: - Empresas con Sports a septiembre de cada gestión según método de muestreo establecido, estratificado o aleatorio. - Empresas no focalizadas en las últimas cinco gestiones. - Empresas con antigüedad de afiliación mínima de dos años. - A solicitud de la Unidad de Control de Seguros Afiliaciones y Colecciones. - A petición del trabajador de la Empresa y/o terceros. 2. Proceda a la elaboración del PAPE correspondiente a Oficina Nacional, considerando las directrices dadas hasta noviembre. Nota: en las Administraciones donde no exista un Encargado de Control de Empresas, dichas funciones serán responsabilidad del personal delegado, mismo que será responsable de todas las tareas relacionadas a Control de Empresas ante la Oficina Nacional y la Administración respectiva.	16 días	PAPE
3	Encargado de Control de Empresas a Autoridad Competente (donde no exista Encargado de Control de Empresas) en las Administraciones	- Recibe la solicitud para la elaboración del PAPE. - Consignando las directrices, genera el PAPE. - Remite a la División Nacional de Control de Empresas el PAPE. En caso de devolución del PAPE por observaciones posteriores se realizará las correcciones en un plazo de 5 días hábiles a partir de la recepción de la nota de devolución.	3 días 15 días 3 días	Nota de solicitud PAPE PAPE



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

IP	UNIDAD Y PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDADES	TIEMPO	DOCUMENTOS
4	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas	1. Recibe y Revisa que el PAFE de las Administraciones cumplen con los lineamientos establecidos. En caso de existir observaciones, procede a la devolución para su corrección según el plazo indicado. 2. Consolida a Nivel Nacional el PROGRAMA ANUAL DE FISCALIZACIÓN DE EMPRESAS (PAFE) y elabora Informe de acuerdo a la siguiente estructura: I. Antecedentes: Detallar los aspectos y parámetros considerados en la selección de empresas a ser fiscalizadas. II. Objetivo: Mencionar lo que se pretende alcanzar en el proceso de Inspección, Fiscalización y Control; y cumplimiento del PAFE referido a la verificación del cumplimiento del Código de Seguridad Social, su Reglamento y disposiciones complementarias relacionadas. III. Recursos: 1. Humanos: Detallar el personal profesional con que cuenta el área de Control de Empresas a Nivel Nacional. 2. Materiales y Financieros: Reflejar los requerimientos realizados en el Programa Anual de Operaciones para la ejecución y cumplimiento eficiente del PAFE. IV. Empresas de selección via las Empresas a ser Fiscalizadas. V. Empresas a ser Fiscalizadas detalladas de acuerdo al siguiente:	5 días 5 días 5 días	PAFE Nota de devolución Informe PAFE Consolidado



25 MAR 2014

FORMA CAMBIO Y CONTROL

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL



Seguro Integral de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Empresas

10	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS														
		Actividad: <table><tr><th>#</th><th>Estado</th><th>Asesor Social o Empresa</th><th>Monitoreo a través Empresa o IMSS</th><th>Fecha de Actualización</th><th>Coord. Área de Plan. Oper.</th><th>Id. de la</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (*) Describir el Departamento de la Oficina Central de la Empresa a ser fiscalizada. (**) Describir la integridad de números de Empleador de la Empresa. (***) Describir la Dirección de la Oficina Central de la Empresa a ser fiscalizada (zona, calle, teléfono). VI. Las Empresas en Proceso de Inspección, Fiscalización y Control y pendientes producto del PAEE de una gestión anterior se incorporarán prioritariamente en el PAEE del próximo año para su eliminación. La cantidad de Empresas o Instituciones a ser fiscalizadas se estimará en función a la disponibilidad de Auditores de Control de Empresas a Nivel Nacional. Del total de la cantidad estimada será destinada a empresas seleccionadas en el Programa Anual de Fiscalización de Empresas PAEE un porcentaje será asignada para fiscalizaciones imprevistas como son: fiscalizaciones expresivas sueltas ante el caso, empresas que solicitan detección en el caso de estos últimos a solicitud de la Departamento Nacional de Seguros, Unidad de Control de Seguros, Afiliaciones y/o Cotizaciones u otras situaciones contempladas en el Código de Seguridad Social, su Reglamento y disposiciones complementarias.	#	Estado	Asesor Social o Empresa	Monitoreo a través Empresa o IMSS	Fecha de Actualización	Coord. Área de Plan. Oper.	Id. de la									
#	Estado	Asesor Social o Empresa	Monitoreo a través Empresa o IMSS	Fecha de Actualización	Coord. Área de Plan. Oper.	Id. de la												



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		todas estas deberán programarse o incluirse en el PAPE en función a la magnitud por una parte este porcentaje se incluirá dentro del monto de fiscalizaciones realizadas por los Auditores fiscalizadores. Nota. De acuerdo a los trabajos que se han venido desarrollando se establece que anualmente cada profesional como promedio desarrolla ocho (8) fiscalizaciones, sin embargo, este número se modificará en función al tiempo de vacaciones de cada profesional y según el nivel de experiencia. Por tanto, en cuanto a la estimación de cantidades pueden ser modificables en función a contingencias por bajas médicas, jubilaciones, nuevas incorporaciones y según la magnitud de las empresas. 3. El Informe se elabora en cuatro (4) ejemplares: • Un ejemplar para la Dirección Ejecutiva • Un ejemplar para la Dirección Administrativa Financiera • Un ejemplar para Jefe del Departamento Nacional de Seguros • Un ejemplar para archivo de División Nacional de Control de Empresas 4. Remite al Jefe del Departamento Nacional de Seguros para su revisión.		
5	Jefe del Departamento Nacional de Seguros	1. Recibe y revisa el PAPE a Nivel Nacional en caso de existir observaciones, devuelve, para subsanar las observaciones. 2. De no existir observación envía a la Dirección Nacional Administrativa	5 días 5 días	Informe de PAPE Consolidado Informe de PAPE



Comptroller General of the Republic

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguimiento



COMPTROLLER GENERAL OF THE REPUBLIC
HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

FECHA ENVÍO DOCUMENTO

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

La Paz - Bolivia

N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Financiero		Consolidado
B	Director Nacional Administrativo Financiero	1. Recibe y revisa en caso de existir observaciones, devuelve para las correcciones respectivas una vez corregido de visto bueno y envía a la Dirección Ejecutiva.	5 días	Informe de PAFE Consolidado
T	Director General Ejecutivo	1. Recibe y solicita la elaboración de la Resolución Administrativa respaldada con Informe Legal respectivo.	3 días	Informe de PAFE Consolidado
8	Departamento Nacional de Asesoría Legal	1. Recibe y elabora la solicitud.	5 días	PAFE aprobado y Resolución Administrativa
		2. Remite al Director General Ejecutivo.	1 día	
9	Director General Ejecutivo	1. Recibe y firma la Resolución Administrativa.	2 días	PAFE aprobado y Resolución Administrativa
		2. Remite al Director Administrativo Financiero para que a su vez se derive al Departamento Nacional de Seguros, para su difusión y cumplimiento.	2 días	
10	Director Nacional Administrativo Financiero	1. Recibe y deriva para su difusión y cumplimiento.	3 días	PAFE aprobado y Resolución Administrativa
11	Jefe Departamento Nacional de Seguros	1. Recibe y remite con nota a la División Nacional de Control de Empresas para su difusión y cumplimiento.	3 días	PAFE aprobado y Resolución Administrativa
12	Jefe de División Nacional de Control de Empresas	1. Recibe el PAFE aprobado con nota, remite al PAFE y la constancia de aprobación del mismo a las Administraciones correspondientes para su cumplimiento.	3 días	PAFE aprobado Nota y PAFE aprobado (para la correspondencia)
		2. Ejecuta el PAFE correspondiente a Oficina Nacional.	Durante toda la gestión	
13	Encargados de Control de Empresas o Asignados Competente donde no existe	1. Recibe y ejecuta el PAFE	Durante toda la gestión	PAFE aprobado Nota y PAFE aprobado (para la correspondencia)

Dirección Nacional Administrativa (Gerencia)
Departamento Nacional de Seguros



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
	Encargado de Control de Empresas en las Administraciones			
14	Jefe del Departamento Nacional de Seguros	1. Emite instructivo en julio y enero de cada gestión a Jefatura de la División Nacional de Control de Empresas para la presentación de informe semestral de la ejecución del Programa Anual de Fiscalización de Empresas PAFE para ser presentado hasta julio de cada gestión y enero de la siguiente gestión. Asimismo, en cualquier momento solicita informe de avance del trabajo.	3 días	instructivo
15	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas	1. Redacta instructivo y solicita a los Encargados de Control de Empresas o Autoridad Competente (donde no exista Encargado de Control de Empresas) en las Administraciones el Informe semestral del Programa Anual de Fiscalización de Empresas PAFE hasta julio y enero. 2. Procesa o es elaborador del informe correspondiente al Oficina Nacional bajo la siguiente estructura: 1.1 Antecedentes: Mencionar las notas de remisión del PAFE aprobado y la conformidad de la aprobación correspondiente. 1.2 Objetivo: Anotar el objetivo planteado y su cumplimiento, referido a la verificación del cumplimiento del Código de Seguridad Social, su Reglamento y disposiciones complementarias relacionadas. 1.3 Recursos: 1.3.1 Humanos: Detallar los	15 días	informe consolidado semestral y/o anual



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguro

UNIDAD ADMINISTRATIVA DE SALUD
MINISTERIO DEL DIRECTORIO

25 MAR 2014

VERSIÓN: 1.00

FECHA: 1.00

ORIGINAL

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		profesionales Auditores que intervienen en los procesos de "Inspección, Fiscalización y Control" y ejecución del PAPE, por Auditor. 1.3.2 Materiales y financieros: Gestionar si los recursos materiales y financieros destinados, fueron suficientes con relación al POA. 1.3.5 Diferenciar las empresas programadas con relación a las no programadas es decir imprevisas por baja definitiva o cambio de razón social. 1.3.4 El informe semestral y anual, debe ser elaborado y debe reflejar los importes por cada empresa de forma desglosada, de acuerdo al siguiente: a. Nº b. Departamento (Ubicación de la Oficina Central de la Empresa) c. Número de Empleador d. Razón Social de la Empresa e. Gerencias fiscalizadas f. Auditos de Control de Empresas Designado g. Aportes devengados h. Intereses sobre aportes i. Multas sobre intereses j. Multas por Partes de Retiro k. Multas por no presentación de Documentos l. Gastos Judiciales 0% (si corresponden) m. Importe Total n. Nº de Informe Final o. Fecha Informe Final p. Estado del Trabajo		
18	Encargados del Control de Empresas o Autoridad Competente (depende)	1. Recibe la solicitud y elabora el Informe. 2. Remite a la División Nacional de Control de Empresas el PAPE.	3 días 15 días	PAPE



copa petrolera es selva

ACTA (NACION - 3400001)
SECCIÓN (NACION)
FECHA (19 de 20)

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
	Exista Encargado de Control de Empresas en la Administración	En casos de devolución se realizará las correcciones en un plazo de 5 días hábiles a partir de la recepción de la nota de devolución.	3 días	
17	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas	1. Consolida el informe de ejecución del PAPE Semestralmente (en julio de cada año) y anualmente (en enero de cada año de la siguiente gestión), en cuatro (4) ejemplares con la siguiente distribución: • Un ejemplar para la Dirección Ejecutiva • Un ejemplar para la Dirección Nacional Administrativa Financiera • Un ejemplar para Jefatura del Departamento Nacional de Seguros • Un ejemplar para archivo de División Nacional de Control de Empresas	15 días	Informe semestral y anual
18	Jefe Departamento Nacional de Seguros	1. Recibe los informes semestrales y anuales si corresponde instruye los ajustes del PAPE 2. Remite a la Dirección Nacional Administrativa Financiera Nota: El PAPE podrá ser Reformulado con la autorización de la Máxima Autoridad Ejecutiva para lo cual los procedimientos a seguir para la aprobación serán los mismos llevados a cabo en la aprobación del PAPE	5 días 5 días	Informe semestral y anual Informe semestral y anual
SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES): ➤ PAPE APROBADO ➤ INFORMES SEMESTRALES Y ANUALES DE CUMPLIMIENTO DEL PAPE				



capa petrolera de culaci

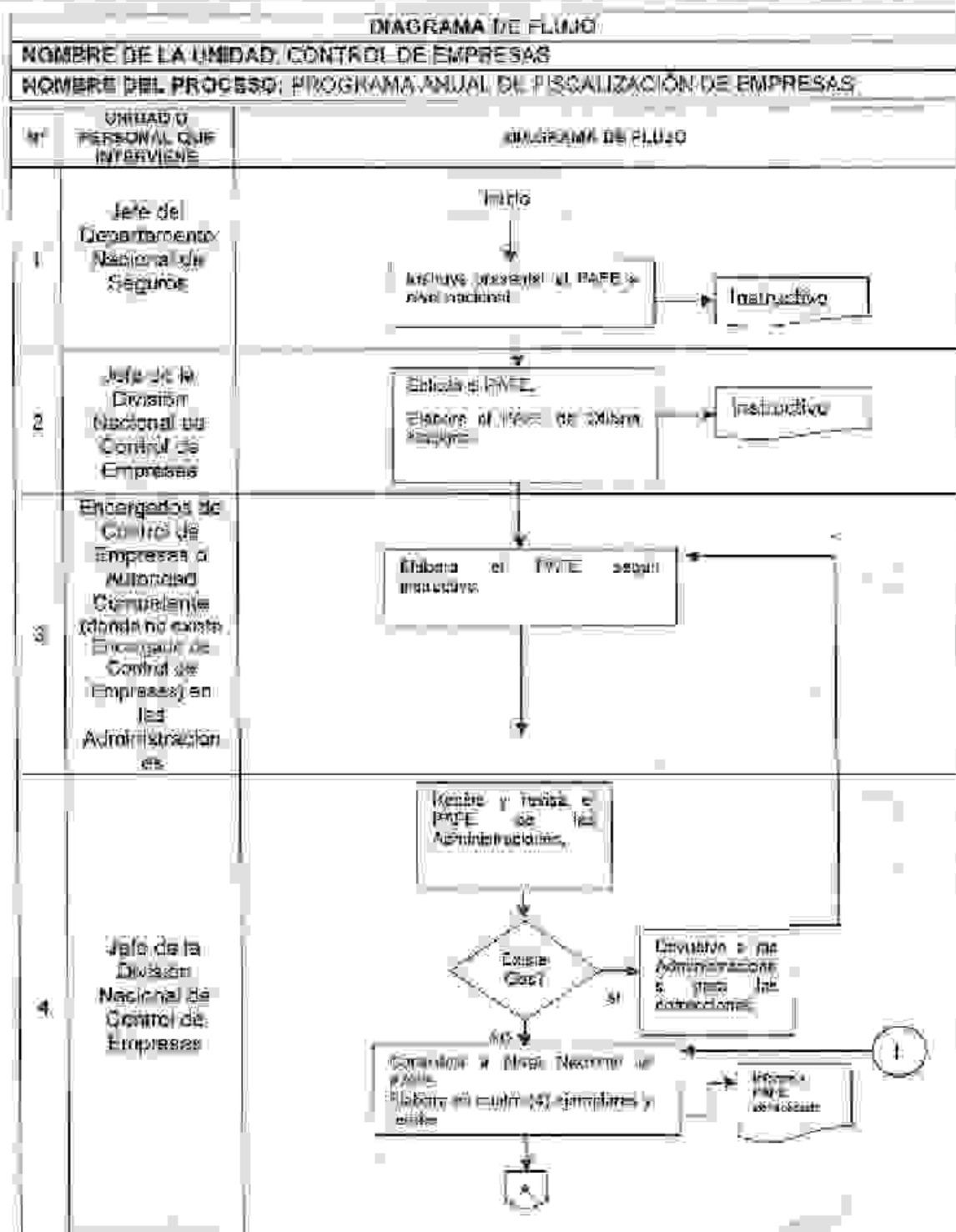
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS HONDUREÑAS
HONORABLE DIRECTORIO

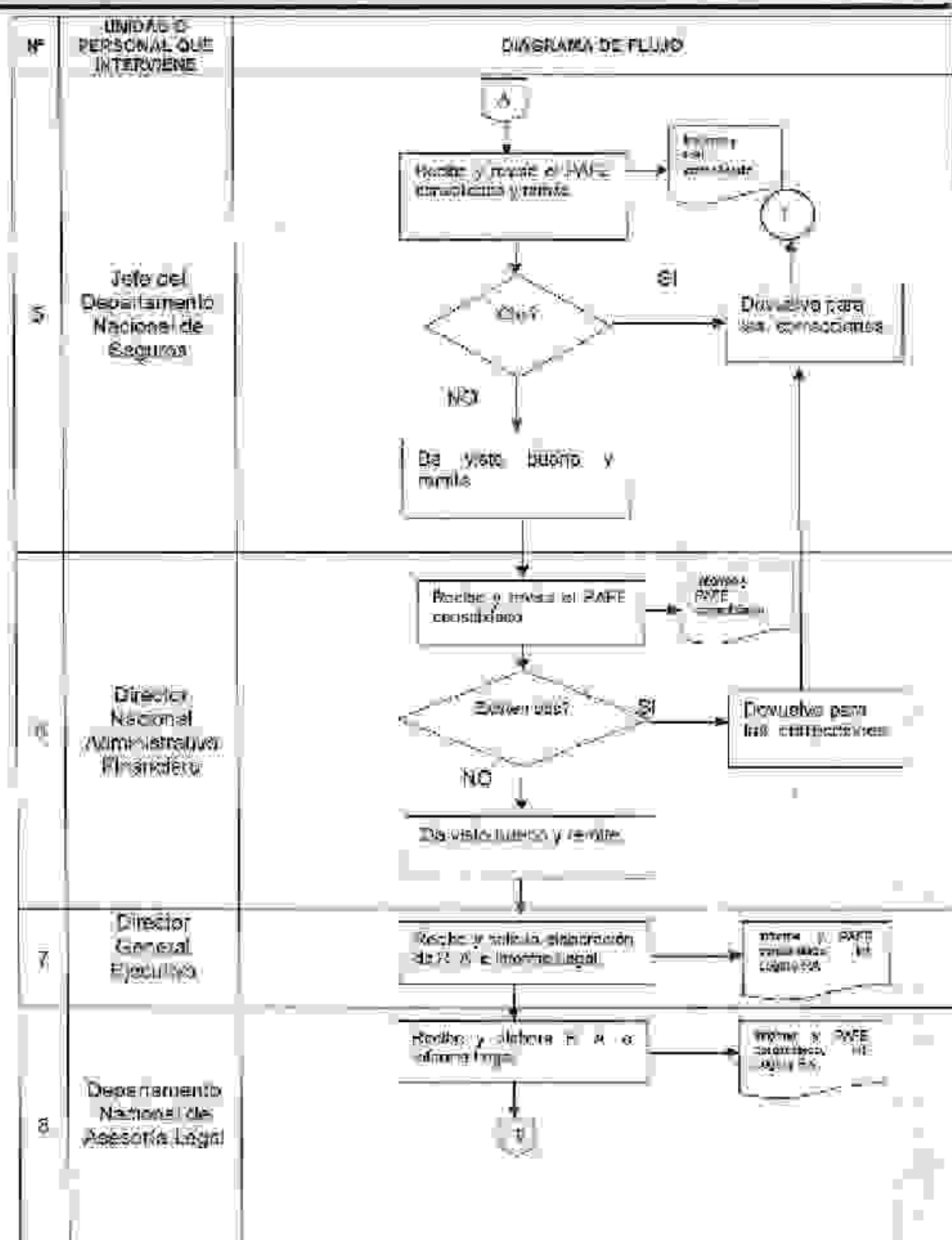
25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Caja Costarricense de Seguro Social
HONORABLE DIRECTORIO

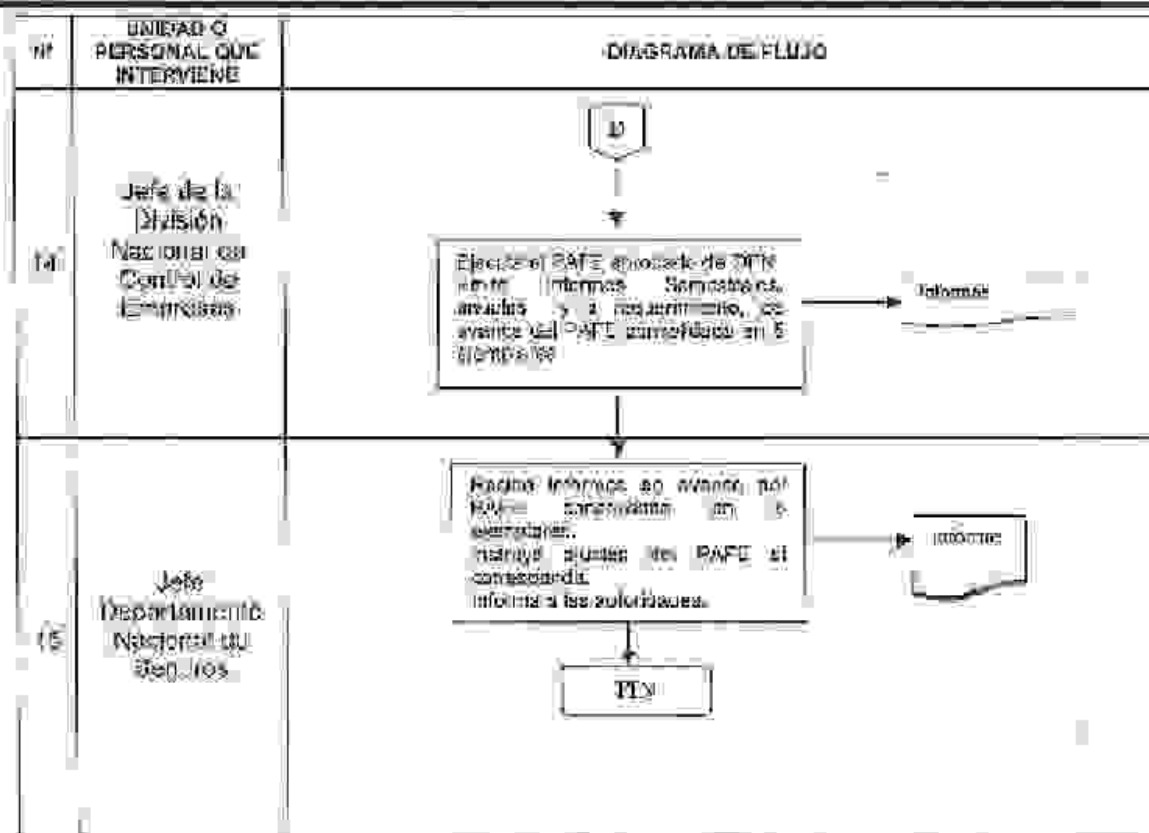
25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	DIAGRAMA DE FLUJO
9	Director General Ejecutivo	
10	Director Nacional Administrativo Financiero	
11	Jefe Departamento Nacional de Seguros	
12	Jefe de División Nacional de Control de empresas	
13	Encargados de Control de Empresas o Autoridad Competente (donde no exista Encargado de Control de Empresas) en las Administraciones	



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

CAJA PETROLERA DE SALUD
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

PROCESO: SEGUROS

APROBADO

SEGUIMIENTO O ORIGINAL

CAPITULO TERCERO

7. Seguimiento a las Fiscalizaciones en las Administraciones

La Jefatura de la División Nacional de Control de Empresas, tiene la facultad de controlar y supervisar los procesos y procedimientos de "Inspección, Fiscalización y Control" a nivel nacional, el cual se determinará de acuerdo al avance y ejecución del Programa Anual de Fiscalización de Empresas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS				
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS- CONTROL DE EMPRESAS				
NOMBRE DEL PROCESO: SEGUIMIENTO A LAS INSPECCIONES, FISCALIZACIONES Y CONTROL DE EMPRESAS EN LAS ADMINISTRACIONES				
OBJETIVO DEL PROCESO: Uniformar los procedimientos a utilizar en los procesos de "Inspección, Fiscalización y Control" de las Empresas e Instituciones afiliadas a la Caja Petrolera de Salud, con eficiencia y transparencia.				
ALCANCE: NIVEL NACIONAL				
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN): Director General Ejecutivo, Director Nacional Administrativo Financiero, Jefe Departamento Nacional de Seguros, Jefe División Nacional de Control de Empresas, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Jefe de Control de Seguros, Encargados de Control de Empresas de las Administraciones.				
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO): Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas, Programa Anual de Fiscalización de Empresas aprobado.				
ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):				
Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDADES	TIEMPO	DOCUMENTOS
1	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas	1. Programar los viajes de seguimiento a las inspecciones ejecutadas en las Administraciones que cuenten con el área de Control de Empresas de acuerdo a inscripción en el POA.	10 días	POA de la división
		2. De acuerdo al avance del PAFA en las Administraciones se determina las carpetas de "Inspección, Fiscalización y Control" a ser revisadas.	2 días	PAFA aprobado
		3. Determinar las carpetas de "Inspección, Fiscalización y Control" se proceden a su revisión para determinar el cumplimiento de la esta establece el Procedimiento de ejecución de las fiscalizaciones del	4 días	PAFA ejecutado

Directorio Nacional Administrativo Financiero
Departamento Nacional de Seguros



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		PAPE del Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros, así como el cumplimiento de lo establecido en el Código de Seguridad Social, su Reglamento y otras disposiciones legales vigentes.		
		4. Informar sobre los resultados del seguimiento a las fiscalizaciones en las Administraciones correspondientes a la Jefatura del Departamento Nacional de Seguros, Dirección Nacional Administrativa Financiera y a la Dirección Nacional Ejecutiva.	10 días	Informe de seguimiento
2	Jefe del Departamento Nacional de Seguros	1. Recibe el Informe de Resultados del seguimiento a las fiscalizaciones, y prepara el Resumen Ejecutivo. 2. Si existen observaciones al Informe solicita las correcciones respectivas. 3. Asimismo remite a las Administraciones que ejecutan el PAPE, para su conocimiento y en función a las observaciones y recomendaciones tomar las acciones que corresponden.	5 días 5 días 10 días	Informe de seguimiento, Resumen Ejecutivo
3	Director Nacional Administrativo Financiero, Director Nacional Ejecutivo	1. Reciben la nota resumen e Informe de Resultados del Seguimiento. 2. Si consideran necesario solicitarán las compensaciones necesarias al Informe.	5 días 2 días	Informe de seguimiento, Resumen Ejecutivo

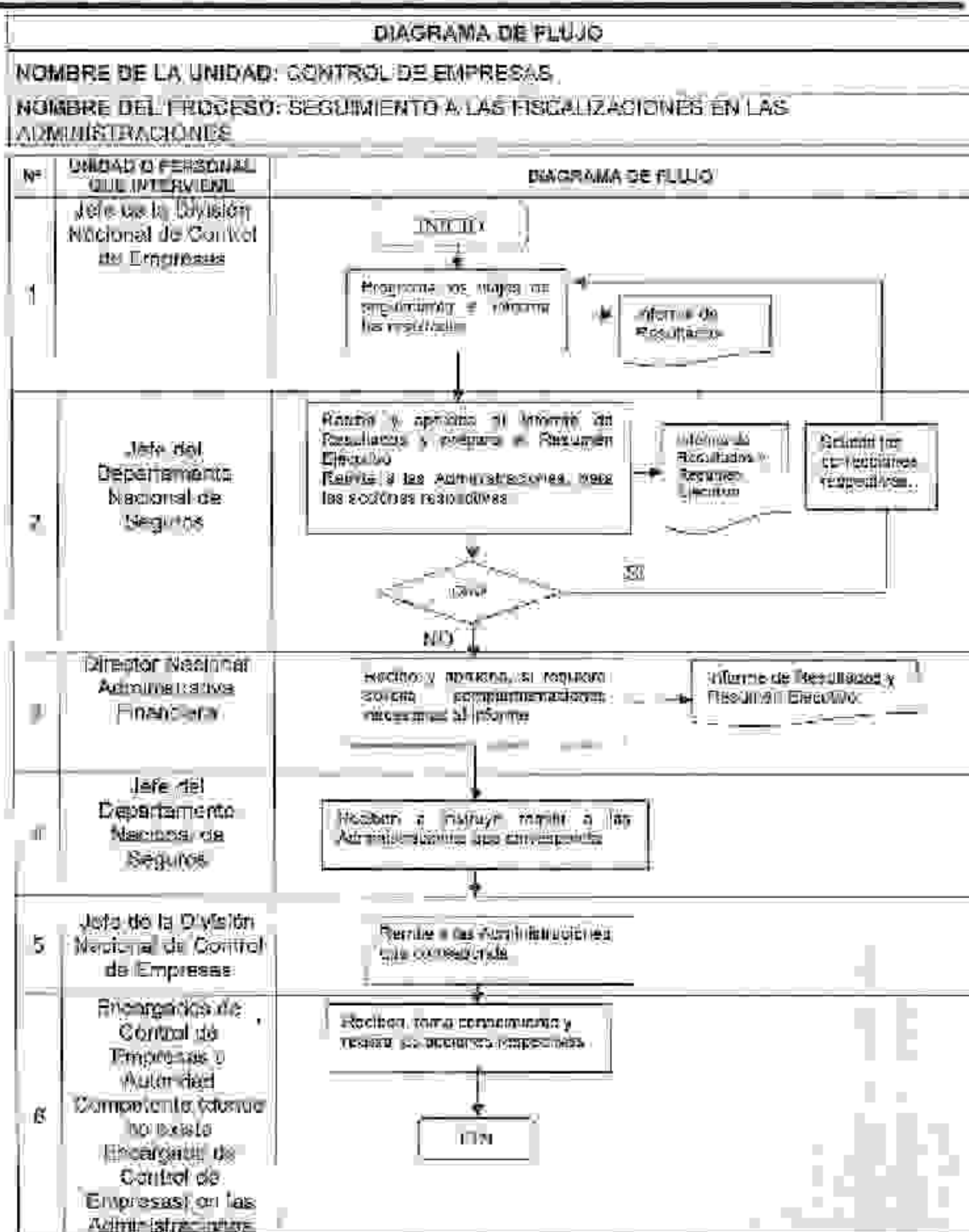
SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):
INFORMES DE SEGUIMIENTO AL PROGRAMA ANUAL DE FISCALIZACIÓN DE EMPRESAS
APROBADO DE LAS ADMINISTRACIONES



Centre National de Recherche et d'Innovation

Manuel de Processus et Procédures de Sécurité

1. ☐ APPROBÉ 2. ☐ REVISÉ 3. ☐ ANNULÉ	4. ☐ APPROBÉ 5. ☐ REVISÉ 6. ☐ ANNULÉ
7. ☐ APPROBÉ 8. ☐ REVISÉ 9. ☐ ANNULÉ	10. ☐ APPROBÉ 11. ☐ REVISÉ 12. ☐ ANNULÉ





Caja Petrolera de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



CAJA PETROLERA DE SALUD
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

RECIBIÓ: JESÚS GONZÁLEZ

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

CAJA PETROLERA DE SALUD

CAPÍTULO CUARTO

8. Ejecución de las "Inspecciones, Fiscalizaciones y Control de Empresas"

El Programa Anual de Fiscalización de Empresas será ejecutado en el marco de los procedimientos establecidos en el presente Manual.

Como resultado de la ejecución de la "Inspección, Fiscalización y Control" a las empresas e instituciones, surgen obligaciones que deben ser recuperadas por la Caja Petrolera de Salud, a través de:

- Acta de Comunicación de Observaciones Preliminares y Planillas de Observaciones Preliminares.
- Comunicación de Adornos.
- Notas de Cargo.
- Contrato de Plan de Pagos.
- Procesos Coactivos Sociales.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS	
NOMBRE DE LA UNIDAD: CONTROL DE EMPRESAS	
NOMBRE DEL PROCESO: EJECUCIÓN DE LA INSPECCIÓN, FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE EMPRESAS	
OBJETIVO DEL PROCESO:	
Uniformar los procedimientos a aplicar en los procesos de "Inspección, Fiscalización y Control" de las Empresas e Instituciones afiliadas a la Caja Petrolera de Salud, con eficiencia y transparencia.	
ALCANCE: NIVEL NACIONAL	
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):	
Directora General Ejecutiva, Director Nacional Administrativo Financiero, Jefe Departamento Nacional de Seguros, Jefe División Nacional de Control de Empresas, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Jefes de Control de Seguros, Encargados de Control de Empresas de las Administraciones y Auxiliares de Control de Empresas de Oficina Nacional y Administraciones.	
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):	
Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas; Programa Anual de Fiscalización de Empresas aprobado.	
ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):	

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
1	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de	1. Previa al inicio de la "Inspección, Fiscalización y Control" emitir Nota de Comunicación a la empresa a ser fiscalizada, en la misma nota solicita los documentos necesarios para la ejecución del trabajo de campo; nota que debe ser firmada por las	Quince (15) días hábiles	Nota de Comunicación

Directorio Nacional de Seguros
Administración Nacional de Seguros



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

NO.	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
	Empresas y Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Ent. de Control de Empresas)	autoridades correspondientes, según Reglamento de Correspondencia 2. Confirmada la fecha de inicio, se asigna mediante Instrucción Interna al profesional Auditor de Control de Empresas responsable de la ejecución de la "Inspección, Fiscalización y Control". 3. La secretaría emite la CREDENCIAL con número consecutivo, documento que respalda e identifica al Auditor de Control de Empresas a cargo de la "Inspección, Fiscalización y Control" que será suscripto por las autoridades que correspondan, según Reglamento de Correspondencia (ver Anexo). La CREDENCIAL se emite un original para la empresa y con las copias necesarias, destinando una copia para la Carpeta de la "Inspección, Fiscalización y Control". La CREDENCIAL contendrá el nombre de la empresa, a ser fiscalizada, alcance o periodo a ser fiscalizadas, nombre y número de documento de identidad del profesional Auditor de Control de Empresas asignado la fecha de inicio y el supervisor del trabajo. 4. Elabora y emite el PROGRAMA DE TRABAJO para cada "Inspección, Fiscalización y Control", distribuido por: Administraciones: ✓ Jefe de Unidad de Control de Seguros. ✓ Encargado de Control de Empresas de las Administraciones. ✓ Auditor de Control de Empresas responsable del proceso de "Inspección, Fiscalización y Control".	2 días 5 días 15 días	notificación interna Credencial Programa de Trabajo



Comptroller General of the Republic

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014



APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

SECRETARÍA EJECUTIVA
BOLIVIA

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Oficina Nacional: ✓ Jefe del Departamento Nacional de Seguros. ✓ Jefe División Nacional de Control de Empresas. ✓ Auditor de Control de Empresas responsable del proceso de "Inspección, Fiscalización y Control". El contenido del Programa de Trabajo según anexo podrá ser empleado incorporando otros procedimientos en función a seguimiento de cada trabajo, en coordinación y previa aprobación del Jefe de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Eno. de Control de Empresas), según corresponda. (Ver Anexo) 5: El Programa remita al Auditor de Control de Empresas	3 días	
2	Auditor de Control de Empresas de Oficina Nacional y de las Administraciones	1. Recibe la CREDENCIAL (3 ejemplares), Programa de Trabajo y la Nota de constitución de inicio de la "Inspección, Fiscalización y Control" recibida por la empresa. 2. Entrega al Programa de Trabajo sustentado con Papeles de Trabajo elaborados u otorgados de la Empresa u otros medios para el efecto, que justifiquen el análisis, revisión y procedimientos desarrollados por parte del profesional (Auditor). 3. A iniciativa personal del Auditor, en el proceso de trabajo podrá aplicar procedimientos alternos a los definidos en el Programa de Trabajo en coordinación y acuerdo con la Jefatura Nacional de la División de Control de Empresas en la Oficina Nacional y el Encargado de Control de Empresas de la Administración.	Entrega inicio de fiscalización Durante la ejecución de la revisión Durante la ejecución de los trabajos	Papeles de Trabajo



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Nota: Los Papales o Planillas de Trabajo comprenderán los documentos preparados o recibidos por los Auditores, de manera que en conjunto constituyan un compendio de la información y documentación utilizada y de las pruebas efectuadas en la ejecución del trabajo y la supervisión realizada a cargo de la Jefatura de la División Nacional de Control de Empresas en Oficina Nacional, Encargados de Control de Empresas o Autoridad Competente (cuando no exista Encargado de Control de Empresas) en las Administraciones, de tal modo que sirvan de soporte a las conclusiones y recomendaciones incluidas en el informe. En cada caso de Trabajo se aplica el enfoque de la ejecución de la "Inspección, Fiscalización y Control" con la Jefatura de la División Nacional de Control de Empresas en Oficina Nacional y en caso de las Administraciones con los Encargados de Control de Empresas. a) El trabajo de "Inspección, Fiscalización y Control" se ejecuta considerando las siguientes fases: a.1 Fase Preliminar: a.1.1 Toma conocimiento de la empresa de acuerdo a Instrucción Interna. a.1.2 Solicita en Archivo de Afiliaciones, Cotizaciones o Archivo de Gestión los siguientes documentos: - Sobre del Empleador, conteniendo los documentos relativos a su afiliación. - Liquidación Mensual de Aportes - Formularios COT-01 y Planillas de Sueldos y	10 días modificable según magnitud de la empresa	



Comptroller General of the Republic

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Señala, por los periodos del alcance de la "Inspección, Fiscalización y Control" - Verifica en forma inicial en el Sistema de Afiliaciones y Cotizaciones. a.3. Trazar las presentaciones de la empresa a ser fiscalizadas, considerando los siguientes aspectos: Revisión, análisis y valoración preliminar de documentos acumulados en el sobre del Empleador según los requisitos establecidos por cada tipo de empresa. Esta información permitirá ampliar el alcance de la "Inspección, Fiscalización y Control" en función al (los) Número (s) del Empleador de las Actividades de la Empresa, a identificar la actividad principal y a su vez si la actividad desarrollada es la misma por la que fue constituido y en su caso evidenciar modificaciones posteriores. En caso de que algunos de los documentos del Sobre del Empleador no sean actuales, se evaluará la situación y si corresponde se aplicará las sanciones según el Art. 592 y 593 del Reglamento al Código de Seguridad Social y Resolución Administrativa N° 03.058.01 de 27 de octubre de 1997, por no presentación a tiempo en la presentación de Aviso de Novatarios del Empleador. a.4. Prepara las Planillas, con base a la información de Planillas de Sueldos y Salarios adjunto a los		



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Formularios DOT-01 de la Empresa. b. Fase de trabajo de campo b.1 El Auditor de Control de Empresas asignado, se constituya en la empresa y ordene la <u>ENTREVISTA</u> para solicitar copias del documento Una para la Carpeta de la "Inspección, Fiscalización y Control" y el resto será enviado a Secretaría para el Archivo respectivo. b.2 El Auditor de Control de Empresas procede a ejecutar las tareas de acuerdo al Programa de Trabajo asignado (que podrá ser ampliado en función a la magnitud o naturaleza de la empresa), que será desarrollado en aplicación de la normativa relativa al Código de Seguridad Social, su Reglamento y otras disposiciones relacionadas. En caso de ser necesario y según actuación de la Empresa, se emiten notas de requerimiento de documentación otorgando plazos de 1 a 2 días hábiles, pudiendo ser ampliado según naturaleza y magnitud de la Empresa, para la presentación de información, documentación o aclaraciones a fin de sustentar procedimientos del trabajo de campo. Los procedimientos del Trabajo de Campo fundamentalmente serán: b.2.1 Realizar el análisis comparativo de los importes declarados en los Formularios DOT-01 Aportes para el Seguro a Largo Plazo (Formularios de Aportes a las AFP's) y las Planillas de Sueldos y Salarios según las planillas de procedimientos aplicados en la Fase Preliminar con relación a los registros que presenta	20 días, modificable según magnitud de la empresa	



petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguimiento



LA PETROLERA DE SALUD
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		la empresa: Estados Financieros, Balance de Sumas y Saldos, libros Mayores, Comprobantes de Egreso, Diario y otros, de acuerdo a: ✓ De existir diferencias y siempre y cuando no hubiera sido posible aclarar debidamente por parte de la Empresa, y se deberá incluir dentro de la Planilla de Observaciones Preliminares. ✓ Si las salidas son coincidentes o las diferencias hubieran sido aclaradas se reportará en el informe. 6.2.2 Con base a la documentación contable ORIGINAL de la Empresa, conservada por la misma de conformidad al Código de Comercio y otras disposiciones legales vigentes que regulan las actividades de la Empresa o institución, relativa a: Comprobantes de Pago o Egreso, Ejero, Traspaso u otros documentos contables, de respaldo de las transacciones, libros Mayores y Auxiliares, Balance de Sumas y Saldos, Estados Financieros de la Empresa, etc. desarrolla el análisis, verificación, examen, evaluación o comprobación que considere necesario para obtener para sustentar que la Empresa cumple con las disposiciones legales vigentes referidas al Seguro Social de Salud a Corto Plazo. Durante el desarrollo del trabajo se tendrá en cuenta que toda remuneración conlleva su naturaleza, siempre sea bajo el marco del Código de Seguridad Social, su Reglamento y otras disposiciones legales relacionadas, caso contrario defraudar las contravenciones y las sanciones respectivas.		



caja petrolera de salud

ACTIVIDADES-PROCESO
MODULO: OPM
Rev. 02 de 05

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

1º	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		b.2.4 Analiza, revisa y examina los contratos en ORLATNA suscritos por la empresa con trabajadores de planta y eventuales determinando que las fechas de inicio de la relación laboral sean coincidentes con los datos registrados en la Caja Petrolera de Salud. En caso de existir otros contratos, evalúa y analiza que se hayan inscrito bajo Código de Seguridad Social, su Reglamento y otras disposiciones legales relacionadas, así como establecer las observaciones respectivas. b.2.5 Revisa las Cartillas del Personal de la Empresa o institución, en algún caso podrá determinarse aplicar el método de muestra para la revisión en cuyo caso se seleccionará una muestra representativa de files, en coordinación con Jefatura de la División Nacional de Control de Empresas en Oficina Nacional o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Enc. de Control de Empresas); de surgir observaciones se prepara la Planilla de Trabajo respectiva y registra en el informe. b.2.6 Revisa y verifica los Partes de Rating en cuanto a su presentación dentro el plazo establecido de 5 días hábiles o omitidos en su presentación, en aplicación del Art. 6º del Decreto Ley N° 13214. Para lo cual prepara la Planilla respectiva. b.2.7 De ser necesario se realizará la verificación de la información de Control de Asistencia según Sistema o Procedimiento de cada empresa por el período del alcance; y según la magnitud se aplicará el método de		



Comptroller General of the Republic

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Comptroller General of the Republic
HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

APR 10 2014
DOCUMENT

APR 10 2014
DOCUMENT

Pac. Bolivia

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		muestren, en caso de surgir observaciones se reportarán los mismos. b.2.6 Una vez concluido el procedimiento anterior, procesa la información acumulada y determina las observaciones correspondientes en forma cronológica y mensual por todo el período del alcance. b.3 En caso de existir negativa o impedimento para la ejecución del trabajo o si durante el desarrollo del trabajo surgen limitantes o restricciones impuestas por la falta de presentación y otorgación de documentación y/o información requerida para la ejecución del trabajo por parte de la Empresa, se realizará lo siguiente: Remite la primera nota comunicatoria para la entrega de documentación y/o información en un plazo de 7 días, si no presentan la documentación solicitada se envía la segunda nota comunicatoria para la entrega de documentación y/o información en un plazo de 7 días (previo análisis se podrá ampliar este plazo según magnitud y naturaleza de la Empresa). Como resultado se aplicará lo estipulado en el Art. 692 y las sanciones del Art. 700, ambas del Reglamento del Código de Seguridad Social y Resolución Administrativa Nº 03.065791 de 31 octubre de 1991 consistente en una sanción del 5 al 10% a criterio fundamentado en el informe bajo la estructura establecida sin considerar el proceso de descargo o exoneración por parte de la Empresa, para lo cual el Auditor de Control de Empresas consentidamente con el Jefe de la División Nacional de Control de		



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Empresas: en Oficina Nacional y Encargado de Control de Empresas en las Administraciones, diseminarán los porcentajes a ser aplicados sobre las planillas de Sueldos y Salarios mensuales actualizados por las gestiones, del alcance de la "Inspección Fiscalización y Control". b.4 Las Planillas de las Observaciones deben contener la Administración donde corresponde el trabajo, periodo del alcance, empresa sujeta a Inspección Fiscalización y Control, identificación del Auditor de Control de Empresas a cargo mediante su cédula, referencias y conferencias. En las Planillas de Observaciones Preliminares, el contenido en lo posible será: a.5 Número de comprobante a.6 Fecha de comprobante a.7 Nombre y apellido del trabajador a.8 Cargo a.9 Importe observado a.10 Periodo observado a.11 Otros datos necesarios al contenido del Auditor Nota: Podrá modificarse el alcance, previa consideración y aprobación de las Jefaturas de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas o Autoridad competente en las Administraciones (donde no exista Ent. de Control de Empresas) según corresponda. c. Finalización del Trabajo c.1 Concluido el Trabajo de Campo y elaboradas las observaciones, elabora las Planillas de		
			10 días, modificable según magnitud de la empresa.	Acta de Composición de Observaciones Preliminares



25 MAR 2011

FORMA DE REGISTRO



Caja Petrolera de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguimiento

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

Nº	UNIDAD O PERSONA QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Observaciones Preliminares que una vez validadas constituirán las Planillas de Observaciones Finales y serán la base para efectuar la liquidación de Aportes, Intereses, Multas por intereses y otras multas, por las gestiones del alcancía. e.C. Elabora el Acta de Comunicación de Observaciones Preliminares (Ver Anexo) en constancia de la entrega de las Planillas de Observaciones Preliminares a la Empresa. Para lo cual se realizará la reunión respectiva con la Empresa en dependencias de la Empresa localizada o de la Caja Petrolera de Salud, según disponibilidad de ambas partes, en la misma asista presente el Auditor a cargo y Jefe de la División Nacional de Control de Empresas en Oficina Nacional y el Encargado de Control de Empresas en las Administraciones en caso de impedimento de los últimos de participación en la reunión, será responsabilidad del Auditor a cargo. Como constancia se procederá a la suscripción del Acta. e.X. En caso de rechazo por parte de la Empresa a la recepción y/o suscripción del Acta de Comunicación de Observaciones Preliminares, se hará constar en el Acta y se procederá a la ratificación de las Observaciones Preliminares. Nota: En el caso de empresas localizadas por los Auditores de Control de Empresas de Oficina Nacional en el interior del País, el Auditor de Control de Empresas, procederá con la reunión mencionada con la suscripción del Acta de Comunicación de Observaciones Preliminares correspondiente.		



veja paralela de salud

FORMULARIO: 000001
Revisión: 0000
Rev. 11/02/00

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Para la presentación de documentos de descargo y/o aclaraciones se otorga un plazo de cinco días hábiles. Este plazo de 5 días hábiles podrá ser ampliado excepcionalmente a solicitud escrita justificada de la Empresa, a través de las Autoridades de Oficina Nacional o las Administraciones.		
		En el Acta de Comunicación de Observaciones Preliminares se informa a la empresa que en caso de no recibir respuesta de la empresa en el plazo establecido se procederá a la ratificación de las Observaciones Preliminares.		
3	Jefe del Departamento Nacional de Seguros, Jefe de Control de Seguros o Autoridad Competente (donde no existe Unidad de Control de Seguros)	1. Recibido los documentos de descargo y aclaraciones de la Empresa, la Institución remita a Jefatura de División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Enc. de Control de Empresas), respectivamente.	3 días	Nota de Presentación de documentos de descargo y/o aclaraciones
4	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Enc. de Control de Empresas)	1. En caso de solicitud de ampliación de plazo justificada evalúa y determina la aceptación o rechazo comunica a la empresa la decisión emitiendo la nota respectiva a través de correo nominal. 2. Recibe y verifica si los documentos de descargos y/o aclaraciones han sido presentados en el plazo fijado. 3. Si está en plazo dirige al Auditor de Control de Empresas a cargo del trabajo, o instruye realizar el análisis correspondiente para la emisión del informe final.	2 días 1 día 1 día	Solicitud de Ampliación de Plazo
5	Auditor(es) de Control de Empresas de Oficina Nacional o las	1. Recibe los documentos de descargo y/o aclaraciones. 2. Evalúa y analiza las aclaraciones y los documentos de descargo y establece	1 día 10 días modificable	Nota de Presentación de documentos de descargo y/o aclaraciones

Directorio Nacional de Administraciones Financieras
Departamento Nacional de Seguros



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguimiento

UNIVERSIDAD DE LA PLATA
HONORABLE DIRECTORIO

26 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

FECHA EMISSION: 10/03/2014

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
	Administración	se corresponde ratificar y/o modificar (ampliando o disminuyendo) las observaciones. 3. Posteriormente, con base a la evaluación de la fase preliminar, del trabajo de campo y aclaraciones y los documentos de consulta presentados por la empresa, se procede: ✓ Planilla de Observaciones Finales. ✓ Liquidación de Aportes Devengados Intereses y Multas sobre Intereses. ✓ Liquidación de Multas por Fines de Retiro no presentados o presentados fuera de plazo. ✓ Interés Final. Con relación a las cotizaciones emitidas por el Empleador los procedimientos de cálculo se encuentran regulados por el D.S. Nº 25714 de 23 de marzo del 2001 y Circular Nº DE-01-04-082/05 de 30 de septiembre de 2005 emitida por el INASES por lo cual se aplica lo siguiente: La fórmula del cálculo del interés simple: $I = P \times R \times T$ Donde: - P: Aportes actualizados - R: Tasa de interés anual vigente a la fecha de liquidación. - T: Tiempo (comercial) en meses a la fecha de liquidación 12: 12 meses del año. Para obtener los Aportes actualizados: ✓ Las cotizaciones devengadas de gestiones anteriores hasta el 31 de diciembre del 2005, serán actualizadas aplicando la variación	según magnitud de la empresa 5 días modificable según responsabilidad de la empresa	



Manual de Procedimientos y Procedimientos de Seguros

NT	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		del tipo de cambio de la cotización del Bólar Estadounidense.		
		✓ A partir del 01 de enero del 2006 de acuerdo a circular DE-01-04-002/2005 del 30 de septiembre del 2005 y DE 01-02906 del 10 de enero del 2006 del INASES, se debe aplicar la actualización en base a las Unidades de Fomento o la Vivienda (UFV's), emitidas por el Banco Central de Bolivia y Ley N°2424. ✓ Para calcular los meses o períodos en mora se toma en cuenta a partir del mes al que corresponde los aportes no cotizados por la empresa y que fueron observados por el Profesional Auditor de Control de Empresas, hasta el mes en que se realiza el informe final. ✓ Para el cálculo de intereses por Aportes Devengados, se utilizará la tasa anual de interés instruida por el INASES, considerando el número de períodos devengados de acuerdo al D.O. N° 25704 de 25-03-2000 An. 2° Inc. a), correspondiente al 0,24% anual vigente al momento de efectuar la liquidación, correspondiente, considerando el número de períodos devengados, utilizando la fórmula de interés simple: ✓ Para las liquidaciones de aportes, intereses y multas sobre intereses, se procederá en la siguiente forma: ✗ El cálculo de Aporte Patronal devengado no cotizado por la empresa, debe ser liquidado con la tasa de cotizaciones vigente con el total de las remuneraciones, establecidas en las revisiones contables.		



25 MAR 2014

7649A (E) 0208 1046 0011



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad

APPROVED FOR RELEASE
DOCUMENTS ORIGINAL
AS THE OFFICIALS -

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		actualizados a la fecha de emisión del Informe. - Los intereses serán calculados sobre la base de la tasa de interés vigente a la fecha de liquidación que será proporcionado por el INASES, considerando el número de periodos devengados, de acuerdo al D.S. N° 25714 de 23-03-2000 Art. 2º, Inc a); correspondiente al 8.24% anual. Las multas sobre intereses se aplicarán de acuerdo a lo establecido en el D.S. N° 25714 Art. 2º Inc c) que determina el 10% sobre los intereses. - Para el cálculo de Multas sobre la no presentación oportuna del Formulario Aviso de Baja del Asegurado se deberá tomar en cuenta la planilla total del último mes en que firmaba el (os) trabajador (es) de cuyo importe se cobrará el 10%, actualizado a la fecha de liquidación y aplicar el 1% mensual de sanción por cada mes de retraso. 4. Una vez realizada la integridad de los cálculos se unirá los anexos respectivos y elabora el Informe final correspondiente. El informe estará dirigido a Jefatura de División de Control de Empresas en Oficina Nacional o al Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones según ejemplo. En las Administraciones El informe básicamente será bajo la siguiente estructura	15 días modificable según necesidad de la empresa	

Одобрено: _____



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		I. INTRODUCCIÓN ANTECEDENTES Se deberá guiar en forma adecuada la asignación del trabajo según Programa Anual de Fiscalización de Empresas (PAFE) correspondiente, el número de Credencia. II. DATOS GENERALES Debe anotarse los siguientes datos generales de la Empresa: ✓ Números del Empleador (incluye todos los números de Empleador que cuenten las empresas en sus diferentes regiones, filiales o sucursales; en caso que la Administración sea centralizada por una oficina principal o central, siempre que la fiscalización haya sido efectuada a todos los números del empleador) ✓ Razón social según RUT para empresas Unipersonales y para las Sociedades y otras según Escritura de Constitución o documento equivalente. ✓ Fecha de afiliación a Caja Costarricense de Seguro Social, por cada número de empleador (de corresponder). ✓ Actividad principal (según ficha de Afiliación del Empleador y según Testimonio de constitución o otro documento equivalente) ✓ Número de trabajadores promedio de la última gestión ✓ Nombres y apellidos del representante legal. ✓ Cargo en la empresa del representante legal (si trabaja en la misma) ✓ Nº del Testimonio del Poder y		



cuya pretensión es velar



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
	Fecha ✓ Domicilio según matrícula central de la empresa (calle, número, zona, ciudad) ✓ Telefonos ✓ Otros II. ALCANCE DEL EXAMEN Detallar lo siguiente: 1. El período que comprende las gestiones revisadas, este período según norme vigente puede comprender desde dos gestiones, hasta cinco gestiones contables o más según circunstancias de cada trabajo 2. Según actividad de la empresa indicar la fecha de cierre de la gestión contable. IV. RESULTADOS DEL DESARROLLO DEL TRABAJO DE "INSPECCIÓN, FISCALIZACIÓN Y CONTROL" Resultado de los procedimientos aplicados: ✓ Fecha de inicio del trabajo en la Empresa: ✓ Emission la integridad de la documentación contable: - administrativa revisada examinada y analizada en el desarrollo del trabajo ✓ Mención de la composición de la estructura salarial. ✓ Resultados de la revisión y análisis realizado en la Empresa: - Inspección del período del alcance ✓ Exposición de los aspectos observados en forma esquemática y por tipo de observación ✓ Señalar la fecha de la		

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDADES	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Comunicación de Observaciones Preliminares, Presentación de documentos de descargo y aclaraciones, resultados del análisis de los mismos. Exposición de los importes de aportes devengados no cotizados y liquidación de aportes incluyendo los recargos de ley, según períodos del alcance, debe ser el resumen de los anexos. Otros datos que se considere importantes. V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES Resumen general de las observaciones, el total de los aportes devengados, intereses moras sobre intereses, multas por la no presentación oportuna de Partes de Retiro y otras multas (por impedimentos del Empleador para la realización del trabajo o por no presentación o retraso en la presentación de Aviso de Novedades del Empleador), liquidados y adeudados a la Caja Petrolera de Salud, es decir los resultados finales, según los siguientes anexos: - Anexo 1 Liquidación de Aportes Devengados Omilidos y no Cotizados. - Anexo 2 Planilla de Observaciones Finales. - Anexo 3 Liquidación por Aviso de Baja del Asegurado (Partes de Retiro) no Presentados o Presentados Fuera de Plazo. - Anexo 4 Liquidación de Multa por no presentación o retraso en la presentación de Aviso de Novedades del Empleador o por limitación al desarrollo del		



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguimiento



Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Trabajo por impedimento o no entrega de documentos requeridos para el efecto. « Otros anexos según los resultados del trabajo	Exmas modificable según magnitud de la empresa	Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control e Informe
		5. Envía el Informe y los anexos entimados debidamente referenciados y referenciados a las planillas o papeles de trabajo archiva en la Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control.	3 días	Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control e Informe
		6. Remite la Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control para la revisión respectiva al Jefe de la División Nacional de Control de Empresas en Oficina Nacional o al Encargado de Control de Empresas en las Administraciones.		
6	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista EHC de Empresas)	1. Recibe y revisa la Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control, dejando constancia de la revisión en los papeles de trabajo de la Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control, y si corresponde establece los errores antes de la emisión del informe y anexos.	15 días modificable según magnitud de la empresa	Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control e Informe
		2. Devuelve al Auditor de Control de Empresas para las correcciones si corresponde y solicita la impresión del Informe final en cinco (5) ejemplares y a la vez inscribe según el Número correlativo de Informe en Secretaría.		
		f. Recibe y revisa las correcciones si corresponde y emite el Informe final con el Número asignado.	1 día modificable según magnitud de la empresa	Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control e Informe
7	Auditor de Control de Empresas de Oficina Nacional y de las Administraciones	2. Emite el Informe impreso en 1 original y 4 copias, los ejemplares se archivarán en la Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control, uno para el archivo correlativo de la División Nacional de Control de Empresas o Unidad de Control de Empresas de las Administraciones y un ejemplar para el	3 días	

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Añadir:		
		2. Remite la Carpeta de la Inspección Fiscalización y Control, con los Informes debidamente suscritos. La Carpeta de la Inspección Fiscalización y Control, estará conformada por: 2.1 Informe de Inspección Fiscalización y Control, los anexos 1, 2, 3 y otros, refencia a liquidación, Planillas de observaciones finales, Detalle de Párrafo de Retiro Presentados, Invas de Falso o No presentados respectivamente y respaldo de las otras multas, por Aviso de Novedades del Empleador o por Denuncias y/o por no presentar documentos e información requerida para el el trabajo, aplicadas si corresponde. 2.2 El Acta de Comunicación de Observaciones Preliminares y las Planillas de observaciones Preliminares. 2.3 Confidencial. 2.4 Programa de Trabajo. 2.5 Los procesos de trabajo de respaldo de la ejecución del Programa de Trabajo debidamente referenciada y correferenciada. 2.6 Documentos obtenidos en el trabajo que sustentan las observaciones. 2.7 Nota de comunicación de inicio del trabajo a la empresa y otras si fue necesario. 2.8 Otros documentos de las fiscalizaciones obtenidas durante la ejecución del trabajo. En la Carpeta se irá anexando otros documentos que se originen hasta que la empresa realice el pago total (notas adicionales Comunicación de Aduelas, Nota de Cargo, otros), estos serán anexados por la Jefatura.	8 días	



República de Honduras

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



HONORABLE DIRECCIÓN

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Nacional de Seguros, que es el custodio de estas carpetas o Encargado de Control de Empresas en las Administraciones. 1. Recibe, revisa y aprueba el Informe de Fiscalización y desglosa los informes de acuerdo a la distribución citada y prepara Informe Técnico.	5 días	Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control de Empresas
		2. Elabora Informe Técnico de la "Inspección, Fiscalización y Control" de Empresas.	Todas	
		3. Remite Informe Técnico, Informe de "Inspección, Fiscalización y Control" de Empresas, la Carpeta respectiva y emite la Comunicación de Aduelas dirigidas a la empresa fiscalizada para la firma correspondiente del Jefe del Departamento Nacional de Seguros, Jefe de Control de Seguros de las Administraciones o Autoridad Competente donde no exista Encargado de Control de Empresas en las Administraciones.	5 días	
	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas, Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente donde no exista Encargado de Control de Empresas en las Administraciones	Nota: Se deberá concluir con la ejecución del PAPE en la gestión respectiva, en caso de no ser posible permanecerán en proceso en el PAPE de la siguiente gestión. Mencionar que la programación individual deberá coincidir con la programación de vacaciones de los Auditores de Control de Empresas a fin de no interrumpir el proceso de Inspección, Fiscalización y Control hasta su conclusión (emisión de Informe final aprobado)		
	Jefe del Departamento Nacional de Seguros, Jefe de Unidad de Control de Seguros o Autoridad Competente (donde no exista Unidad de Control de	1. Recibe, revisa y aprueba el Informe Técnico, Informe de la "Inspección, Fiscalización y Control" y Carpeta respectiva y firma la Comunicación de Aduelas. Los carpetas e informes deberán ser custodiados adecuadamente con las medidas de seguridad necesarias, además estarán debidamente clasificadas y ordenadas (por gestión y orden alfabético)	5 días	Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control de Empresas



Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDADES	TIEMPO	DOCUMENTOS
	Seguros	El tiempo de conservación se sujetará a lo establecido por el ordenamiento jurídico administrativo y otras normas legales aplicables.		
10.	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Entidad de Control de Empresas)	1. De existir observaciones sobre las confecciones respectivas y luego procediendo a emitir el informe ejecutivo una vez las Autoridades Nacionales. Nota: A partir de esta fase los resultados, incluido los antecedentes del trabajo y cualquier actuación sea por parte de la Caja Petrolera de Salud o por las empresas, será en coordinación y conocimiento de la Jefatura de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas o Autoridad competente y superiores a estos, no teniéndose facultad de inmiscuirse, ni divulgar los resultados en instancias que no tenga competencia legal; previa instrucción de sus inmediatos superiores; excepcionalmente el Auditor de Control de Empresas o cargo, podrá acceder a la información y documentación para absolver algún aspecto técnico. Asimismo fotocopias de parte de los documentos relativos a las fiscalizaciones serán otorgadas a instancias que demuestren legítimo interés y justificadamente.	Seis	Carpetas de Inspección Fiscalización y Control e Informe

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

- CARPETA DE "INSPECCIÓN, FISCALIZACIÓN Y CONTROL".
- INFORMES DE "INSPECCIÓN, FISCALIZACIÓN Y CONTROL" APROBADOS



Ministerio de Salud

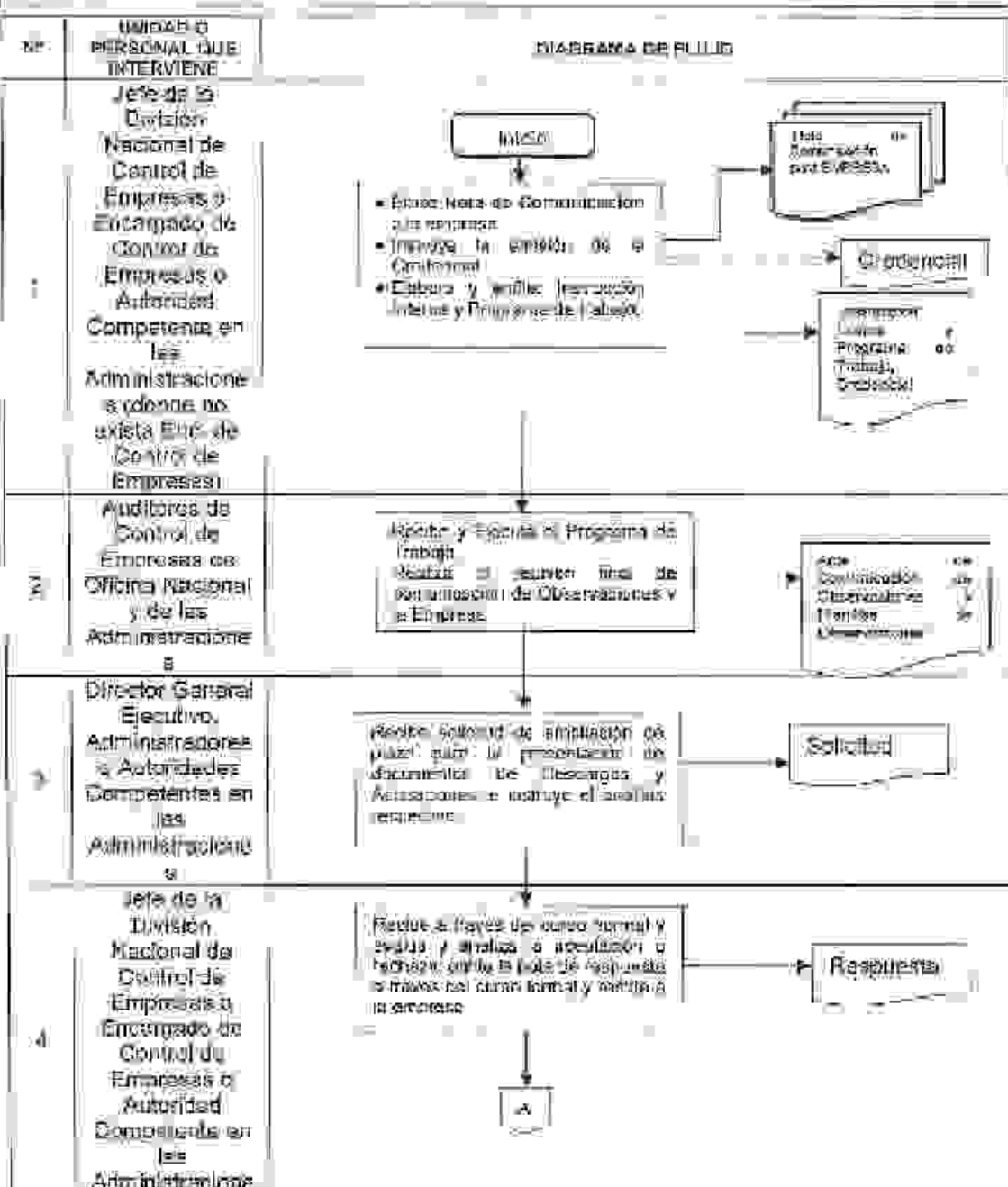
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



DIAGRAMA DE FLUJO

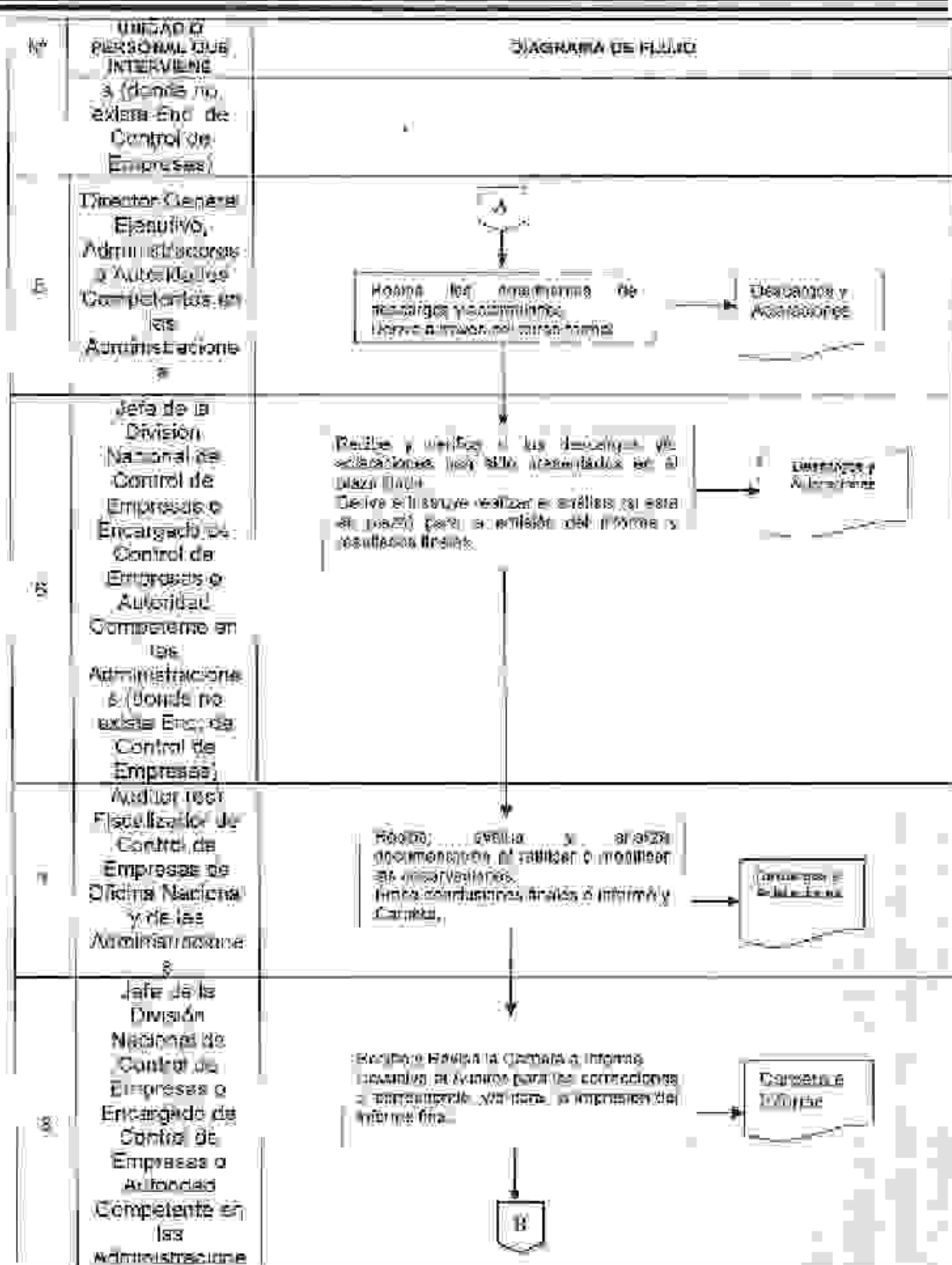
NOMBRE DE LA UNIDAD: CONTROL DE EMPRESAS

NOMBRE DEL PROCESO: EJECUCION DE LAS INSPECCIONES, FISCALIZACIONES Y CONTROL





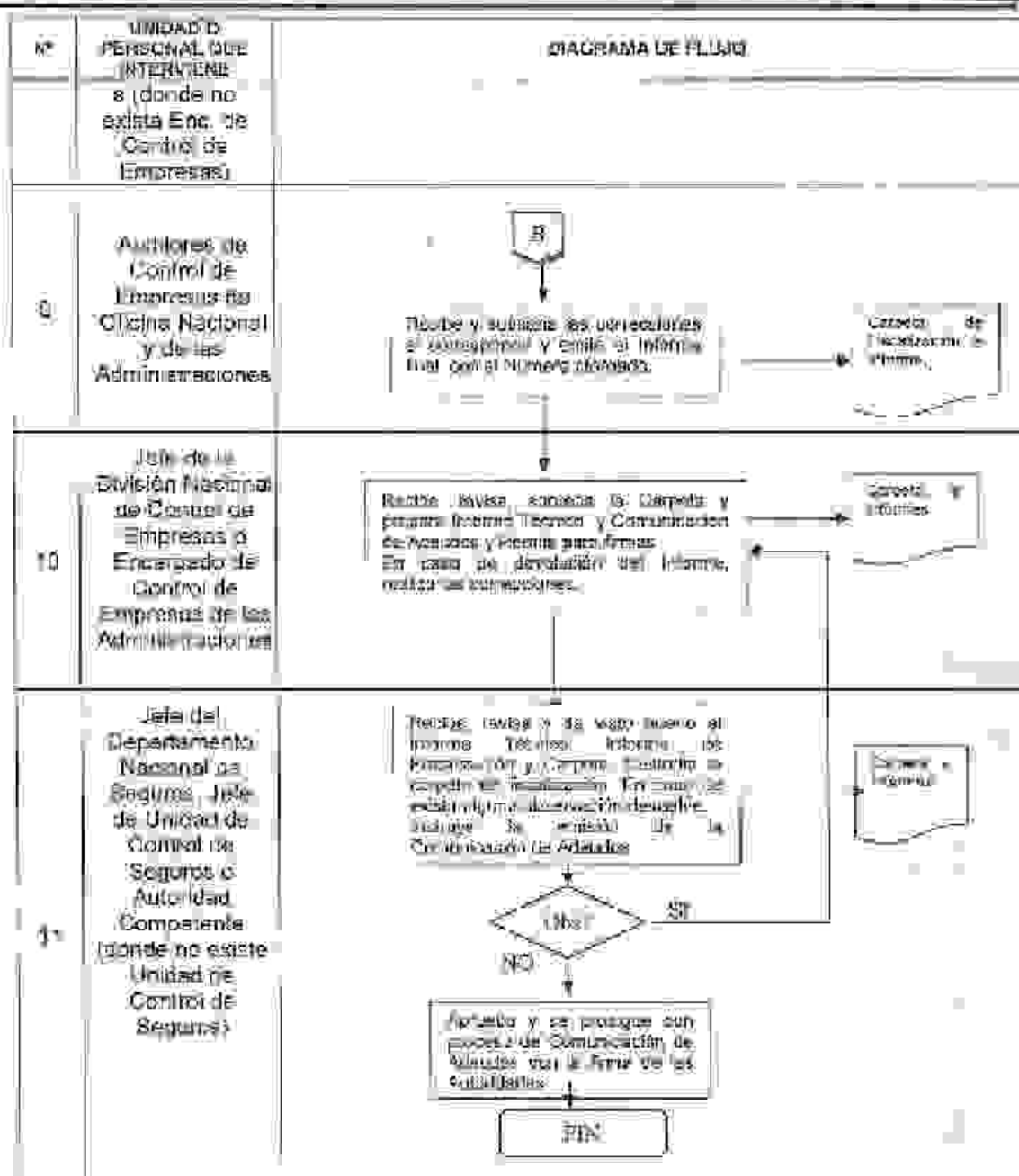
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





cujo protocolo de trabajo

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





CAPITULO QUINTO

8. Comunicación de Adeudos

La Comunicación de Adeudos es el documento de liquidación de aportes devengados por "Inspección, Fiscalización y Control" de empresas que se da conocer a las Empresas o instituciones que incluye la actualización de los aportes, intereses y multas, la misma no tiene lugar a recurso administrativo alguno.

Asimismo, se emitirá la Comunicación de Adeudos por impedir el proceso de "Inspección, Fiscalización y Control", de acuerdo a:

- Negar Control o impedir de cualquier otra manera la labor del Auditor de Control de Empresas de la Caja Petrolera de Salud
- Negar la documentación e información requerida por el Auditor de Control de Empresas de la Caja Petrolera de Salud

Estos casos no son limitativos, pudiéndose determinar otras causales para aplicar las sanciones de conformidad a lo establecido en el Artículo 205 del CSS, Artículos 552 y 553 del RGSS y RA N° 03-058-01 de 31 de octubre de 1991

El plazo establecido para el pago de la Comunicación de Adeudos es de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de su recepción.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS				
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS - CONTROL DE EMPRESAS				
NOMBRE DEL PROCESO: COMUNICACIÓN DE ADEUDOS				
OBJETIVO DEL PROCESO: Uniformar los procedimientos e aplicar en los procesos de "Inspección, Fiscalización y Control" de las Empresas e instituciones afiliadas a la Caja Petrolera de Salud, con eficiencia y transparencia.				
ALCANCE: NIVEL NACIONAL				
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN): Director General Ejecutivo, Director Nacional Administrativo Financiero, Jefe Departamento Nacional de Seguros, Jefe Director Nacional de Control de Empresas, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Jefes de Control de Seguros, Encargados de Control de Empresas de las Administraciones.				
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO): Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación al Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones normativas; Gorpas de "Inspección, Fiscalización y Control" e Informes respectivos aprobados.				
ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS)				
NI	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS



Ministerio de Salud y Seguro Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



HONORABLE DIRECCIÓN

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (cuando no exista Fito de Control de Empresas)	1. Una vez emitido el Informe Médico remite con la Carpeta de la "Inspección, Fiscalización y Control" y emite la Comunicación de Adeudos para la firma de la Jefatura del Departamento Nacional de Seguros o Jefe de Control de Seguros o Autoridad Competente en las Administraciones. 2. Emite la Comunicación de Adeudos en 8 ejemplares con los datos extraídos de los Informes y Anexos de la "Inspección, Fiscalización y Control" según Anexo, que contendrá entre otros los siguientes datos: • Número de Comunicación de Adeudos • Nombre o Razón Social de la Empresa o Institución • Número(s) del Empleador • Administraciones en las que cuenta con N.º de Empleador • Domicilio Legal, zona, calle, número donde está ubicada la empresa o institución • Número de Teléfono • Nombre del Representante Legal • Detalle resumida de los conceptos observados • Desglose de los conceptos adeudados × Aportes devengados actualizados ✓ Intereses sobre aportes devengados actualizados ✓ Multas del 10% sobre Intereses ✓ Multas por Aviso de Baja del Asegurado ✓ Multas por Aviso de Novedades del Empleador ✓ Multas por no presentación de documentos e información o por impedir el proceso de Inspección, Fiscalización y Control • Total de liquidación numeral y	5 días 1 día	Intereses y Comultas Comunicación de Adeudos
--	---	---	----------------------------	--



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

		Legal • Plazo de cancelación de la Comunicación de Adeudos de cinco (5) días hábiles a partir de su entrega. 3 Firmar y sellar la Comunicación de Adeudos. 4 Remite al Informe Técnico, carpeta de fiscalización y Comunicación de Adeudos y los antecedentes, para la firma de la Jefatura Nacional de Seguros.	2 días 2 días	
2	Jefe del Departamento Nacional de Seguros, Jefe de Control de Seguros o Autoridades competentes en las Administraciones	1 Recibe, revisa y verifica que la Comunicación de Adeudos corresponda al Informe de "Inspección, Fiscalización y Control". 2 Aprueba, emite la Nota de atención y firma la Comunicación de Adeudos. 3 Deriva la Nota de Atención, Comunicación de Adeudos y los antecedentes. 4 Custodia temporalmente la carpeta.	3 días 1 día 1 día	Nota de Atención y Comunicación de Adeudos
3	Director Nacional Administrativo Financiero, Jefe Administrativo y Financiero de las Administraciones	1 Recibe, autoriza y firma la Nota de Atención y Comunicación de Adeudos. 2 Firma y deriva. Notar Para las empresas sujetas a inspección, Fiscalización y Control realizadas por la Oficina Nacional a cargo de la División Nacional de Control de Empresas, en el momento de la entrega de la Nota de Atención y la Comunicación de Adeudos, sellar mediante nota a las Administraciones que corresponda mediante Nota de Solicitud la entrega a la Empresa o Institución.	1 día 3 días 2 días	Nota de Atención y Comunicación de Adeudos
4	Director General Ejecutivo	1 Recibe, autoriza y firma la Nota de Atención y Comunicación de Adeudos.	1 día	Nota de Atención y Comunicación



caja costarricense de seguro social

Manual de Procedimientos y Procedimientos de Seguros Pasa



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

SEGURO OBLIGATORIO

13/01/14

	Administrador es de las Administraciones es	2 Devuelve para envío a la Empresa.	2 días	de Aduanas
5	Nota de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Encargado Control de Empresas).	1. Instruye la entrega de la Nota de atención y Comunicación de Aduanas a la Empresa o Institución, de acuerdo a: • Original Empresa o Institución • 1ª Copia: Jefatura Distrito Nacional de Seguros o Jefatura de Control de Seguros • 2ª Copia: Carpeta de Inspección, Inspección y Control • 3ª Copia: Dirección Nacional Administrativa Financiera o Jefatura Administrativa Financiera de las Administraciones • 4ª Copia: Dirección Ejecutiva de Administradores de las Administraciones • 5ª Copia: para Asesoría Legal (en caso de proceso transaccional social a la Empresa o Institución no proceda a la cancelación) 2. Entregada la Nota de atención y la Comunicación de Aduanas, derive un ejemplar a Secretaría para su registro y archivo correspondiente y los demás ejemplares según la distribución citada	3 días	Nota de atención y Comunicación de Aduanas
6	Administrador Departamental Regional Zonal o Sub Zonal	1. Recibe Nota de solicitud de entrega a la Empresa o Institución, adjunto la Nota de Atención y la Comunicación de Aduanas. 2. Las Administraciones deberán entregar la Nota de Atención y Comunicación de Aduanas en el plazo de 5 días hábiles de recibida la Nota de Solicitud. 3. Una vez realizada la entrega remite a la Jefatura Nacional de Seguros y una copia a la División Nacional de Control de Empresas (Oficina Nacional la Nota de atención (Resumen del	3 días	Nota de Solicitud Nota de atención y Comunicación de Aduanas



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

		Informe de Inspección, Fiscalización y Control y la Comunicación de Adeudos con el solo de responsabilidad de la Empresa o Institución para su archivo y seguimiento respectivamente		
v.	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas y Entregado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones donde no exista un Jefe de Control de Empresas	1 Recibe la copia de la Nota de atención y la Comunicación de Adeudos y verifica que se encuentre entregada con los sellos de recepción respectivos y coordina con la Jefatura Nacional de Seguros hasta la cancelación o solicitud de devolución de pagos.	5 días	Nota de atención y Comunicación de Adeudos (recibida por la Empresa)
		2 La Jefatura Nacional de Seguros prepara el cuadro de Control de Comunicación de Adeudos detallando:	5 días	Cuadro de Control de Comunicación de Adeudos
		• Empresa fiscalizada. • Responsable de la Inspección, Fiscalización y Control. • Impuestos por aportes devengados intereses multas sobre intereses y otras multas. • Fecha de fiscalización. • Fecha de vencimiento.	5 días	
		3 Rambo mensualmente al Jefe Nacional de Seguros hasta el 10 del mes siguiente al Director Nacional Administrativo Financiero la Autoridad Competente en las Administraciones y acumulado por gestión.	5 días	
e.	Caja de Oficina Nacional o Administraciones	1. Si la Empresa o Institución cancela antes la Nota de Depósito y verifica que el Impone sea el mismo de la Comunicación de Adeudos.	3 días	Sello de Depósito
		2. Rambo una copia del Recibo de Caja para control y seguimiento.	3 días	Recibo de Caja



caso petroleiro de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



9	Jefe Nacional de Seguros, Encargado de Seguros o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Ent. de Control de Empresas)	1. Recibe y verifica que el Recibo de Caja correspondiente a la Comunicación de Aduenda y registra en el Cuadro de Control de Comunicación de Aduenda	2 días	Recibo de Caja y Cuadro de Control de Comunicación de Aduenda
		2. Instruye a la Jefatura de la División Nacional de Control de Empresas remitir a las Administraciones el Estado de los Asegurados por los cuales la Empresa pague la sanción de presentación extemporánea de Aviso de Baja del Asegurado.	7 días	Nota y Estado
		3. Solicita a Contabilidad mediante nota la transferencia del importe de los Aportes de la Comunicación de Aduenda a la Administración que corresponde la Empresa	3 días	Nota de Solicitudes de Transferencias
		4. Hasta el 10 de enero de cada gestión informará a las Administraciones que corresponden a través del curso normal el detalle de las Empresas Inspeccionadas, Inspeccionadas y Controladas, incluyendo:	10 días	Informe Anual de Empresas
		- Los importes determinados por aportes y si los mismos fueron pagados o si se encuentran con Contratos de Plan de Pagos o con Procesos Concursivos Sociales. - Los Avisos de Baja del Asegurado multados detallando la nómina de los trabajadores y las fechas de retiro del trabajador y de presentación a la Caja Petrolera de Salud de los mismos. - El detalle de los conceptos de las sanciones por no presentación o retraso en la presentación de Aviso de Novedades del Empleado.	30 días	
10	Jefe del Departamento Nacional de	5. En caso de ser el Pago total o Pago de la Última cuota del Plan de Pagos, deja constancia en la Carpeta respectiva.	5 días	Comunicación de Novedades
		6. A solicitud de la Empresa y previa revisión de los antecedentes que cursa en la carpeta de fiscalización		



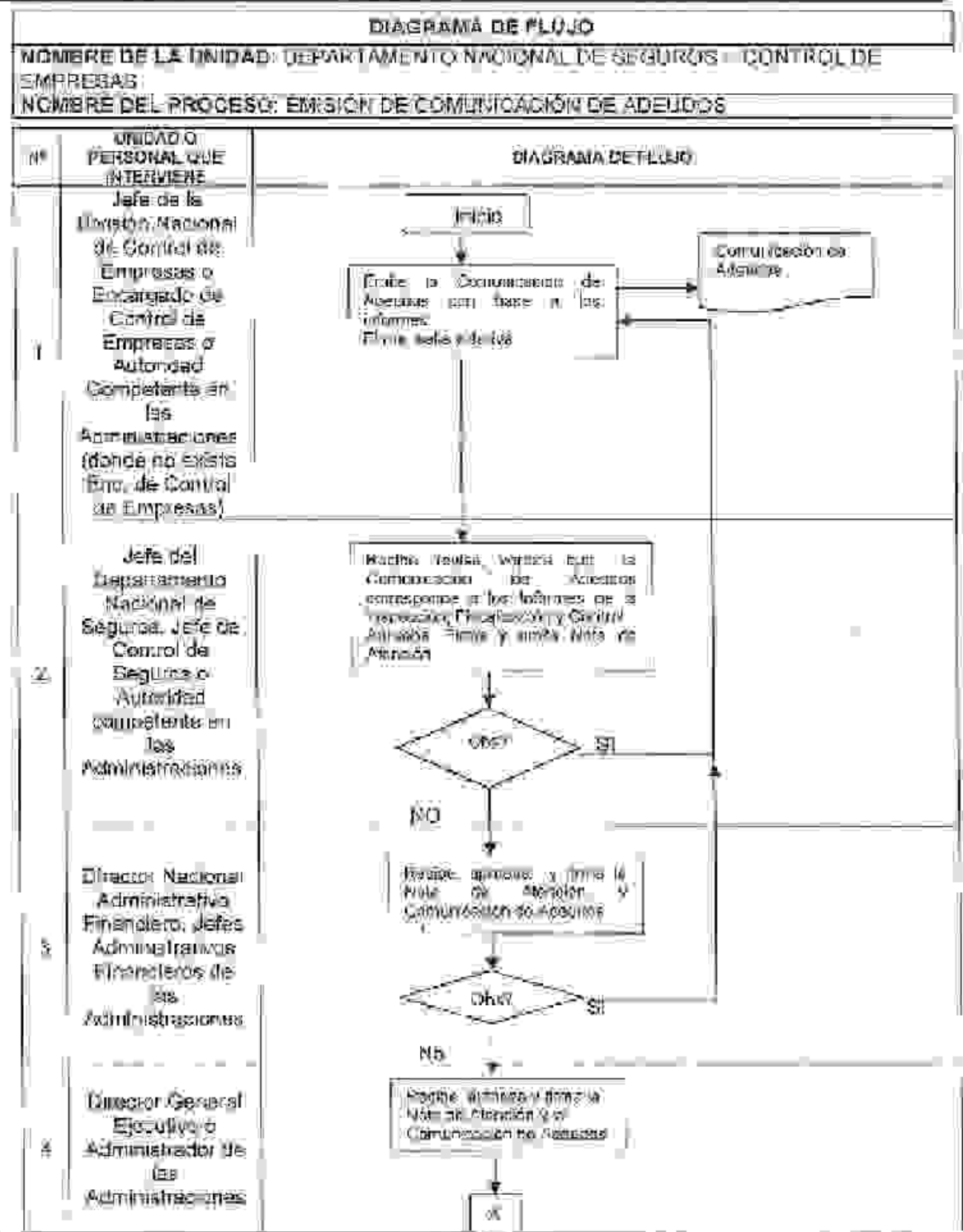
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

	Seguros, Jefe de Control de Seguros o Autoridad Competente de las Administraciones	emite la CERTIFICACIÓN DE NO ADEUDO POR "INSPECCIÓN, FISCALIZACIÓN Y CONTROL" en tres ejemplares ✓ Un ejemplar para el interesado, ✓ Un ejemplar para el Archivo correspondiente ✓ Un ejemplar para la Carpeta de la "Inspección, Fiscalización y Control" 2. Deriva a través del curso normal para las firmas a través de Secretaría. 3. Una vez firmada la Certificación incluye la entrega a la Empresa. 4. En caso de una Certificación para una Empresa del Interior se solicita mediante nota la entrega a las Administraciones. 5. Concluida la entrega de la Certificación de no Adeudo, remite los antecedentes (carpeta) a Archivo.	Toda 3 días 3 días	
17	Archivo de Gestión del Departamento Nacional de Seguros o Unidad de Control de Seguros	1. Recibe las carpetas de "Inspección, Fiscalización y Control" para su archivo alfabético y custodia, en caso de que la Empresa realizó la cancelación total.	3 días	Entrega de la "Inspección, Fiscalización y Control"
SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES): COMUNICACIÓN DE ADEUDOS ENTREGADA A LAS EMPRESAS "INSPECCIONADAS, FISCALIZADAS Y CONTROLADAS"				



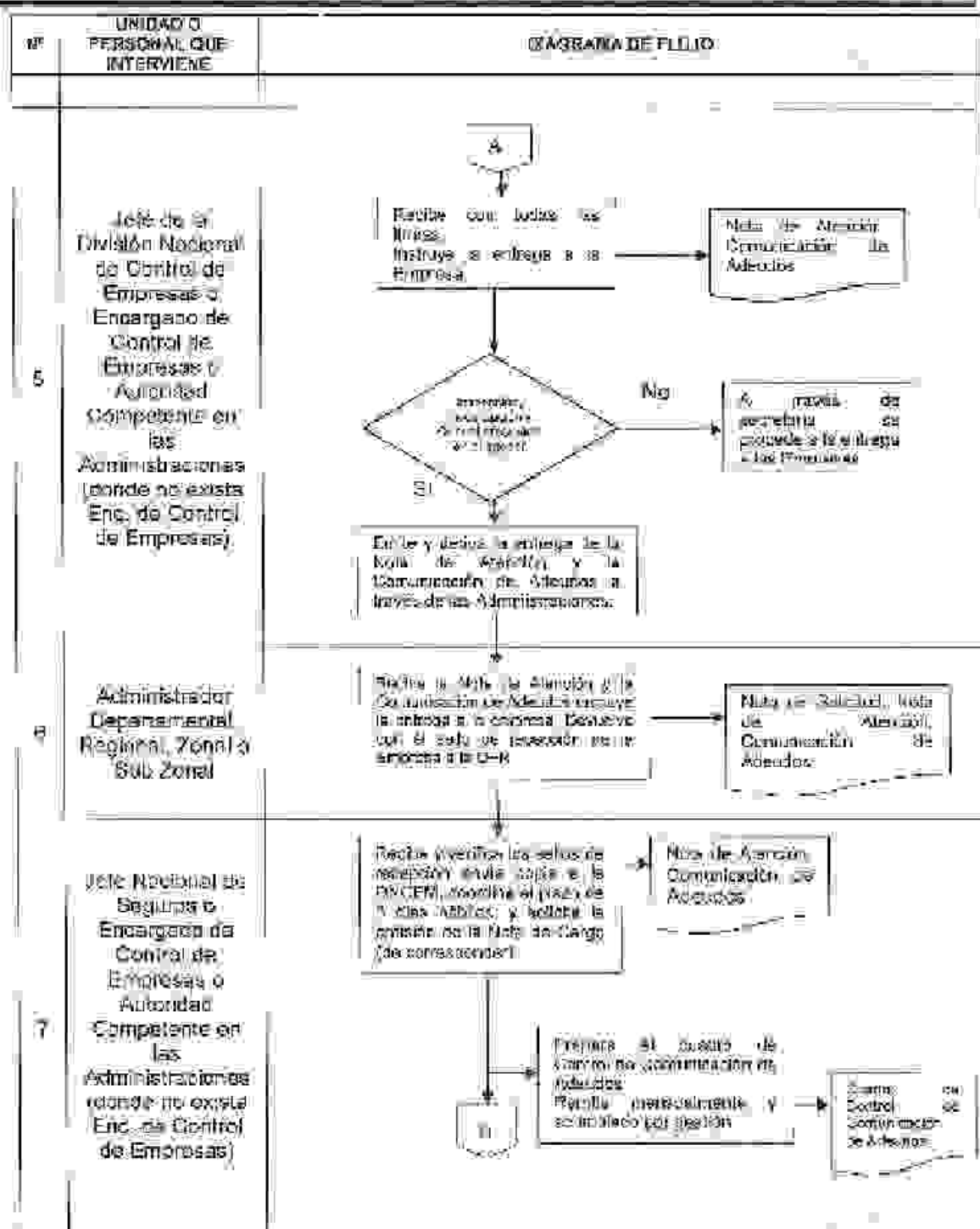
cap. patrón de 1014

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguridad





Ministerio de Salud

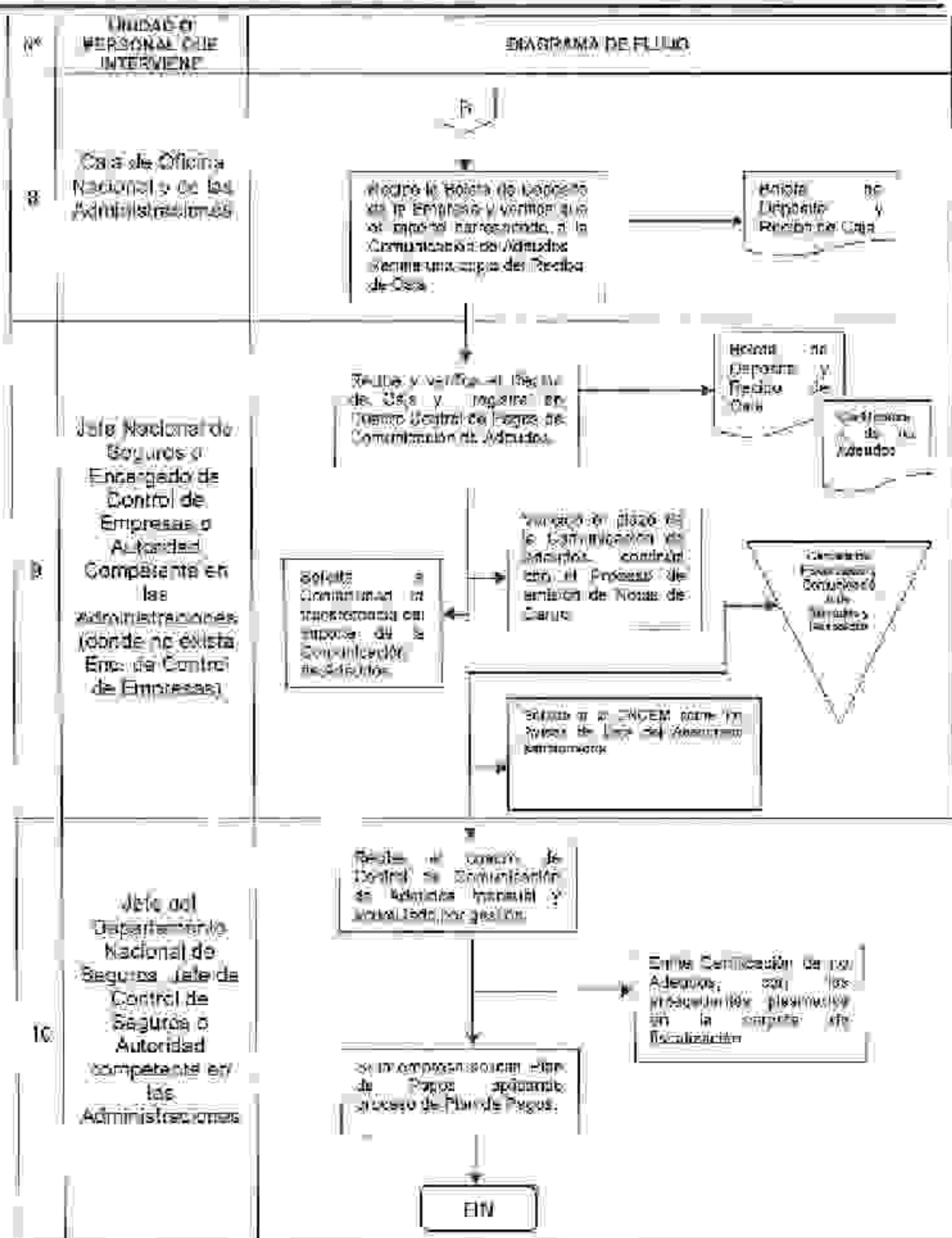
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



MINISTERIO DE SALUD
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL





caja petrolera de salud

MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
VERSIÓN: 01-001
PÁG. 54 DE 64

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

CAPITULO SEXTO

10. Nota de Cargo

La Nota de Cargo es un documento legal que se origina a partir de la Comunicación de Adeudos no cancelados, que incluye el recargo del 3% por Gastos Judiciales, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 222 del Código de Seguridad Social, Artículo 54 del Decreto Ley 13214, Artículo 22 del Decreto Ley 11477, Artículo 6 del D.S. Nº 20058. Este documento no tiene lugar a recurso administrativo alguno por parte de la Empresa.

La Caja Petrolera de Salud, en base a la Nota de Cargo iniciará el proceso Coactivo Social ante el juez del Trabajo y Seguridad Social por aportes devengados, intereses, multas, recargos y otras sanciones, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 97 del Decreto Ley 13214.

DESCRIPCION DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS	
NOMBRE DE LA UNIDAD:	DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS – CONTROL DE EMPRESAS
NOMBRE DEL PROCESO:	EMISIÓN DE NOTAS DE CARGO
OBJETIVO DEL PROCESO:	Uniformar los procedimientos y aplicar en los procesos de "Inspección, Fiscalización y Control" de las Empresas o Instituciones afiliadas a la Caja Petrolera de Salud, con eficiencia y transparencia.
ALCANCE:	NIVEL NACIONAL
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN):	Director General Ejecutivo, Director Nacional Administrativo Financiero, Jefe Departamento Nacional de Seguros, Jefe División Nacional de Control de empresas, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Jefes de Control de Seguros, Encargados de Control de Empresas de las Administraciones
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO):	Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Cero Plazo y otras disposiciones conexas, Programa Anual de Fiscalización de Empresas aprobada, Resumen Ejecutivo, Informe de "Inspección, Fiscalización y Control", Carpetas de "Inspección, Fiscalización y Control", Nota de Atención de Comunicación de Adeudos y Comunicación de Adeudos.
ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):	

N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
1	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas Encargado de Control de Empresas de las Administraciones	1. Verificar el plazo de la Comunicación de Adeudos de cinco (5) días hábiles y la empresa no realizó la cancelación (Pago Total o Plan de Pagos) ante la entidad para la firma de la Nota de Cargo, adjuntando copia de la Comunicación de Adeudos e Informe de Fiscalización. La Nota de Cargo será con el recargo del 3% del aporte devengado	2 días	Nota de Cargo

*Atenciona Valeria Administrativa Financiera
Departamento Nacional de Seguros*



Caja Costarricense de Seguro Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



MINISTERIO DE SALUD
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

FOUR OCEAN ALBUQUERQUE

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		<u>actualizado por concepto de Gastos Judiciales</u>, conforme a lo establecido en el artículo 22 de Decreto Ley 11477 de 16 de mayo de 1974, concordante con el artículo 5 de D.S. 20069 de 20 de febrero de 1984, consignando los siguientes datos: • Número correlativo de la Nota de Cargo • Lugar y Fecha de emisión • Nombre o Razón Social de la Empresa o Institución • Nombre del Empleador • Administraciones en las que cuenta con N° de Empleador • Domicilio Legal de la Empresa o Institución • Teléfono de la Empresa o Institución • Nombre del Representante Legal de la Empresa o Institución • Detalle de los conceptos sancionados en base a la Comunicación de Aduelas • Desglose de los conceptos adjudicados • Aportes devengados actualizados • Intereses sobre aportes devengados actualizados • Multas del 10% sobre intereses • Multas por la no presentación de documentos o por impedir el proceso de INSPECCIÓN, FISCALIZACIÓN Y CONTROL • Multas por Aviso de Baja del Asegurado • Multas por Aviso de Novedades del Empleador • Recargo del 3% sobre aportes devengados actualizados • Total de la liquidación numérica y literal • Plazo de cancelación de la Nota de Cargo de tres (3) días		



N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		habiles a partir de su Comunicación Los responsables de la suscripción son: En Oficina Nacional • Jefe de la División Nacional de Control de Empresas • Jefe del Departamento Nacional de Seguros • Director Nacional Administrativo Financiero • Director Ejecutivo En las Administraciones suscribirán • Encargado de Control de Empresas • Jefe de Control de Seguros o Autoridad Competente • Jefe Administrativo Financiero • Administrador La distribución de la Mosa de Cargo, será de acuerdo a: • 1° Copia Jefatura del Departamento Nacional de Seguros o Control de Seguros • 2° Copia Carpeta de la "Inspección, Fiscalización y Control" • 3° Copia Dirección Administrativa, Financiera o Jefatura Administrativa y Financiera • 4° Copia Dirección Ejecutiva o Administración • 5° Copia Asesoría Legal en caso de que se inicie el proceso coactivo social 2. Vencido el plazo se recomienda seguir con las acciones correspondientes para el cobro por la vía coactiva social para la	6 días	Guano de control de Notas de Cargo



Caja Costarricense de Seguro Social

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



HONORABLE DIRECTOR

25 MAR 2014

APROBADO DOCUMENTO ORIGINAL

La Paz, Bolivia

N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		recuperación de adeudos		
		3. El Jefe Nacional de Seguros prepara el cuadro de Control de Notas de Cargo Remitido:		
		• Empresa fiscalizada, • Responsable de la "Inspección, Fiscalización y Control", • Impuestos por aportes devengados, intereses, multas sobre intereses y otras multas, gastos judiciales y otros • Número de la Comunicación de Adeudos • Fecha de notificación de la Nota de Cargo • Fecha de vencimiento.	10 días	Cuadro de control de notas de cargo
		4. Remite hasta un 10 de cada mes y acumulado por gestión.		
		5. Si la empresa realiza el pago en proceso con los pagos de pago en Caja		
		Si la empresa no responde en el plazo establecido de tres días hábiles se procede a derivar al Departamento Nacional de Asesoría Legal o Asesorías Legales de la Administración la documentación derivada a Asesoría Legal consistente en el Original de la Nota de Cargo notificada y la Comunicación de Adeudos e Informe de "Inspección, Fiscalización y Control" adjunto los anexos para inicio de Proceso Coactivo Social.		
2	Jefe Departamento Nacional de Seguros o Jefe de Control de Seguros o Autoridad	1. Recibe, revisa y verifica que la Nota de Cargo corresponde a la Comunicación de Adeudos.	4 días	Nota de Cargo
		2. Aprueba, elabora la Nota de Atención y Firma la Nota de Cargo.	1 día 2 días	

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
	Competente en las Administraciones (donde no exista Jefe de Control de Seguros)	3. Deriva para la suscripción de la Nota de Cargo a la Dirección Nacional Administrativa Financiera		
3	Director Nacional Administrativo Financiero, Jefe Administrativo Financiero de las Administraciones	1. Recibe, verifica, autoriza y firma 2. Deriva para firma En caso de Inspecciones, Fiscalizaciones y Contrôles realizados por la Dirección Nacional de Control de Empresas, en el interior del país, se seguirá la notificación de la Nota de Cargo a los Administradores mediante <u>Nota de Sociedad</u> .	3 días 1 día 1 día	Nota de atención y Nota de Cargo
4	Director General Ejecutivo, Administrador en	1. Recibe, autoriza y firma la Nota de Atención y Nota de Cargo. 2. Deriva	3 días	Nota de atención y Nota de Cargo
5	Jefe de la División Nacional de Control de Empresas, Encargado de Control de Empresas en las Administraciones	4. Instruye la notificación a la Empresa o Institución con la Nota de atención y Nota de Cargo, de acuerdo a: • Original Empresa o Institución • 1° Copia, Jefe División Nacional de Seguros o Control de Seguros • 2° Copia, Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control • 3° Copia, Dirección Administrativa Financiera o Jefatura Administrativa Financiera de las Administraciones • 4° Copia, Dirección Ejecutiva o Administración de las Administraciones • 5° Copia para reserva Legal de la Oficina Nacional o las Administraciones para el	3 días	Nota de atención y Nota de Cargo



seguro por el seguro de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

SECRETARÍA NACIONAL DE VALLES
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Proceso Continuo Social si no procede a la cancelación la Empresa.		
		2. Notificada la Nota de Cargo, deriva un ejemplar a Secretaría para su registro y archivo correspondiente y los demás ejemplares según la distribución citada. En caso de que la Empresa se negare a ser notificada con la Nota de Cargo, el notificador devuelve con la constancia de tal situación anotando: • Lugar, fecha, • Nombre, firma y N° de Cédula de Identidad • Motivos y Circunstancias.	3 días	Nota de Solución Nota de atención y Nota de Cargo
8	Administración Departamental Regional, Zonal y Sub Zonal	1. Recibe la Nota de solicitud de notificación a la Empresa y institución, adjunta la Nota de Atención y la Nota de Cargo. 2. Instruye la notificación de la Nota de Atención y la Nota de Cargo en el plazo 5 días hábiles de recibido la Nota de Solicitud. 3. Una vez finalizada la notificación devuelve a la Oficina Nacional con el sello de recepción de la Empresa o institución.	3 días 5 días 3 días	Nota de solicitud Nota de atención y Nota de Cargo Nota de Atención y Nota de Cargo
7	Jefe Nacional de Seguros Encargado de Control de Empresas en las Administraciones	1. Recibe la Nota de atención y la Nota de Cargo y verifica que se encuentre notificada con los sellos de recepción respectivos y envía una copia a la Dirección Nacional de Control de Empresas. 2. Registra en el cuadro de Control de Comunicación de Aduelas en las columnas para las Notas de Cargo detallando: • Empresa beneficiaria, • Responsable de la	3 días 5 días	Nota de atención y Nota de Cargo Cuadro de Control de Nota de Cargo

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

NP	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		"Inspección, Fiscalización y Control" • Importes por aportes devengados, intereses, multas y otras • Fecha notificación • Fecha de vencimiento		
		3. Remite mensualmente al Jefe Nacional de Seguros hasta el 10 de cada mes al Director Nacional Administrativo y Financiero acumulado por gestión.	5 días	
		5. Controla los plazos de la Nota de Cargo, entregada en coordinación con la Jefatura de la División Nacional de Control de Empresas.	5 días	
		4. Deniega mediante nota y por las vías correspondientes la Nota de atención y Nota de Cargo, adjuntando la Nota de Comunicación de Aduerdos y el Informe de "Inspección, Fiscalización y Control" para el Inicio del Proceso Coactivo Social, y se procede según procesos definidos para el efecto, en caso de que la Empresa o Institución no proceda con el pago total o mediante solicitud de Convenio de Pagos.		
8	Caja de Oficina Nacional o Administraciones	1. Recibe la Boleta de Depósito y verifica que el importe sea correspondiente a la Nota de Cargo.	1 día	Boleta de Depósito
		2. Remite una copia del Recibo de Caja para control y seguimiento.	1 día	Recibo de Caja
9	Jefe Nacional de Seguros o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente	1. Recibe y verifica que el Recibo de Caja corresponda a la Nota de Cargo y registra en el Cuadro de Control respectivo.	1 día	Recibo de Caja
		2. Solicita a Contabilidad mediante nota la constatación del importe	5 días	Nota de Solicitudes de Transparencia



capa protectora de rayos

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

15 HONORABLE DIRECTOR
25 MAR. 2014
APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL
La Paz - Bolivia

N°	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
	en las Administraciones de (donde no exista Eno. de Control de Empresas)	de los Aportes de la MORA de Seguro a la Administración que corresponde a Empresa. 3. Hasta el 10 de enero de cada gestión, informará a las Administraciones que correspondan a través del curso normal y detallado de las Empresas "inspeccionadas, Fiscalizadas y Controladas" incluyendo: - Los importes determinados por aportes y si los mismos fueron pagados o si se encuentran con Contratos de Plan de Pagos o con Procesos Coactivos Sociales. - Los Avisos de Baja del Asegurado, detallando la nomina de los trabajadores y las fechas de ingreso del trabajador y de presentación a la Caja Petrolera de Salud de los mismos. - El detalle de los conceptos de las sanciones con su presentación o retraso en la presentación de Aviso de Novedades del Empleador. 4. En caso de ser el Pago total o Pago de la Última cuota del Plan de Pagos, deja constancia en la Carpeta respectiva. 5. Dirige al Encargado de Archivo para la custodia respectiva con una nota de atención detallando la nomina de Empresas y la Cantidad de Carpetas de cada una.	15 días	Informe de Empresa
10	Jefe del Departamento Nacional de Seguros, Jefe de Control de Seguros o	1. A solicitud de la Empresa y previa revisión de los antecedentes que sursa en la carpeta de fiscalización, emite la CERTIFICACIÓN DE NO ADEUDO POR INSPECCIÓN	5 días	Certificación de No Aduedo



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
	Autoridad Competente de las Administraciones	FISCALIZACIÓN Y CONTROL previa informe de antecedentes del Jefe de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas de la Autoridad Competente en las Administraciones donde no exista Enc. de Control de Empresas) en los siguientes: ✓ Un ejemplar para el interesado. ✓ Un ejemplar para el Archivo correlativo. x Un ejemplar para la Carpeta de la Inspección, Fiscalización y Control. 2. Deriva a su vez así mismo normal para las firmas a través de Secretario. 3. Una vez firmada la Certificación instruye la entrega a la Empresa. 4. En caso de una Certificación para una Empresa de inferior se solicita mediante nota la entrega a las Administraciones.	10 días 3 días 5 días	
11	Archivo de Gestión del Departamento Nacional de Seguros o Unidad de Control de Seguros en las Administraciones	1. Recibe nota de remisión adjunto las carpetas de "Inspección, Fiscalización y Control", derivadas para su archivo alfabético y custodia.	5 días	Nota y Certificado de Inspección, Fiscalización y Control.
12	Jefe Departamento Nacional de Asesoría Legal, Jefe de Asesoría Legal de la Administración	1. Recibe Nota de Cargo y Antecedentes y inicia el Proceso Coactivo Social. 2. En caso de presentarse una solicitud de Pago total o Plan de Pagos por parte de la Empresa o institución hasta antes de haber sido notificada la sanción.	10 días 5 días	Nota de Cargo y Antecedentes Nota de solicitud de pago y Autorización de Asesoría Legal



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



SECRETARÍA DE SALUD
HONORABLE DIRECTOR

26 MAR 2014



DOCUMENTO ORIGINAL

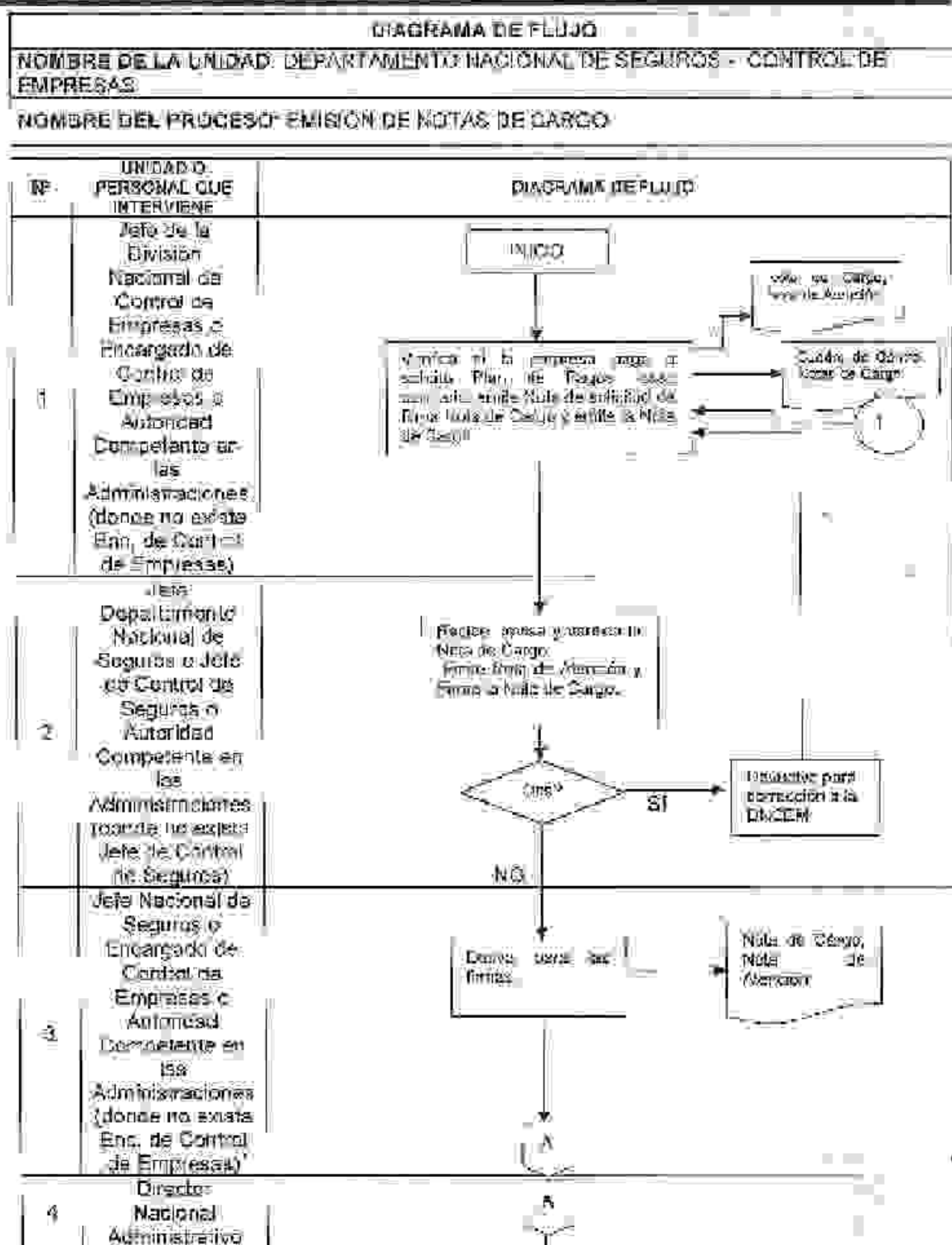
Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		Autoriza la Cancelación de la Nota de Cargo		
		1. Según autorización escrita de la Asesoría Legal, actualiza el monto total de la Nota de Cargo a la fecha de pago, para su cancelación en caja	5 días	Nota de autorización de pago y Actualización de Asesoría Legal; Recibo de Caja
13	Jefe Nacional de Seguros o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Enc. de Control de Empresas)	2. Recibe una fotocopia del Recibo de Caja, derivado de Caja según procedimientos descritos.	1 día	Nota de Atención
		3. Remite mediante nota de atención a Asesoría Legal, para la conclusión del Proceso Coactivo Social	5 días	Cuadro de control de Notas de Cargo
		4. Registra en el Cuadro de Control de Notas de Cargo.	1 día	
	Jefe Departamento Nacional de Asesoría Legal Jefe de Asesoría Legal de la Administración	1. Con el recibo de Caja, concluye el Proceso Coactivo Social.	5 días	Recibo de Caja
14		2. Emite Informe del Estado de Procesos Coactivos Sociales, hasta el 15 de cada mes sobre el Estado de los Procesos Coactivo Social	5 días	Informe del Estado de Procesos Coactivos Sociales
	Jefe Nacional de Seguros o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Enc. de Control de Empresas)	1. Recibe Informe adjunto de los Carpetas correspondientes.	5 días	Informe del Estado de Procesos Coactivos Sociales y cuadro de control de Notas de Cargo
15		2. Registra en el Cuadro de Control y verifica la relación con las Notas de Cargo	1 día	

SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES):

NOTAS DE CARGO NOTIFICADAS A LAS EMPRESAS *INSPECCIONADAS/ FISCALIZADAS Y CONTROLADAS*



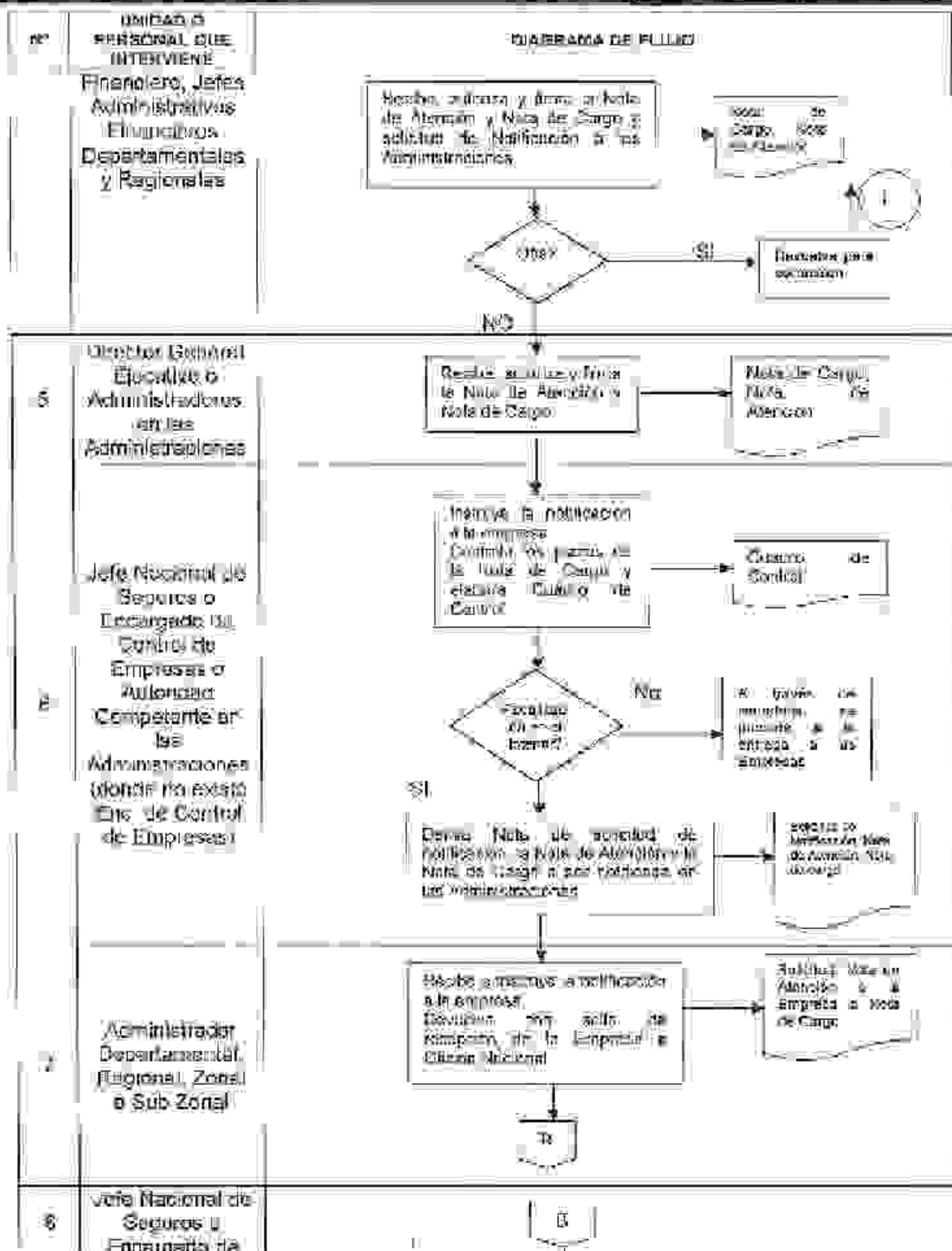
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





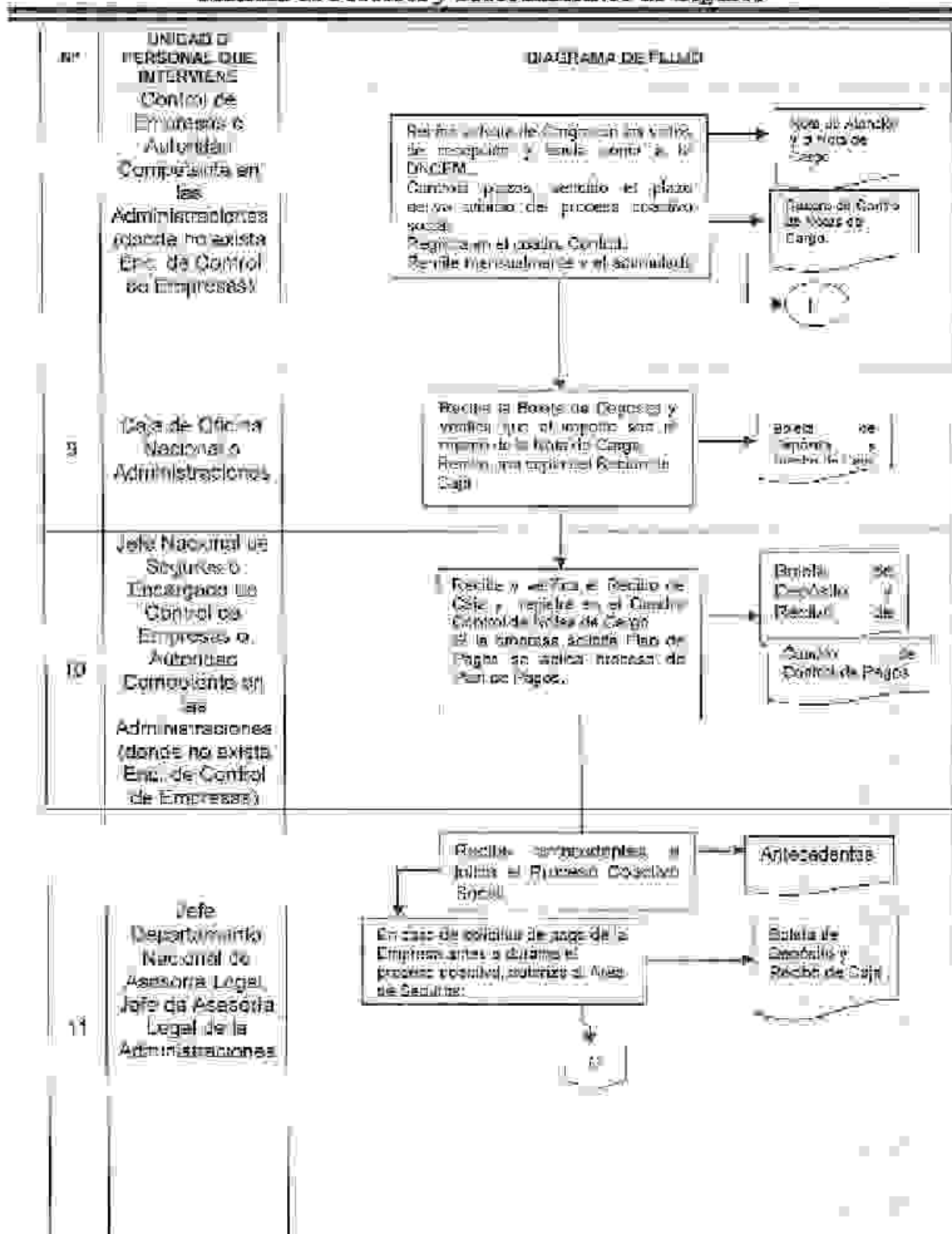
guatemala petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Registro





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



**CAPITULO SEPTIMO****11. Contrato de Plan de Pagos**

El Contrato de Plan de Pagos es el Contrato suscrito entre la Caja Petrolera de Salud y la Empresa o Institución con Base a la Comunicación de Adeudos o la Nota de Cargo o hasta antes de haber sido notificado la Sentencia del Proceso Coactivo Social, otorgando un plazo de amortización máximo de sesenta meses equivalentes a cinco (5) años, incluyendo un interés del 1% mensual sobre saldos insolutos, de acuerdo a lo establecido en el D.S. N° 25714 y según el Decreto del 10 de enero del 2016 del INASES, se aplicará la actualización en base a las Unidades de Fomento de la Vivienda (UFV's), emitidas por el Banco Central de Bolivia y Ley 2434.

Los requisitos son:

- Solicitud escrita para suscribir un contrato de plan de pagos, dirigida al Director General Ejecutivo o Administrador de las Administraciones.
- Fotocopia del Testimonio de Poder del Representante Legal, excepto las empresas unipersonales.
- Fotocopia de Cédula de Identidad del Representante Legal, con aclaración de firma.
- Dirección y requisitos de ubicación del domicilio legal de la empresa y del Representante Legal.
- Garantía real de cumplimiento.
- Boleta de Depósito y Recibo de Caja del Depósito de un porcentaje mínimo del 10% sobre el monto total de la Comunicación de Adeudos o Nota de Cargo.
- Presentación de la Boleta de Depósito y Recibo de Caja por el pago de la multa por falta de presentación oportuna del Aviso de Baja del Asegurado.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS
NOMBRE DEL PROCESO: CONTRATO DE PLAN DE PAGOS
OBJETIVO DEL PROCESO: Uniformar los procedimientos e aplicar en los procesos de "Inspección, Fiscalización y Control" de las Empresas o Instituciones afiliadas a la Caja Petrolera de Salud, con eficiencia y transparencia.
ALCANCE: NIVEL NACIONAL
RESPONSABLES (UNIDADES RESPONSABLES Y UNIDADES QUE INTERVIENEN): Director General Ejecutivo, Director Nacional Administrativo Financiero, Jefe Departamento Nacional de Seguros, Jefe División Nacional de Control de empresas, Administradores, Jefes Administrativos Financieros, Jefes de Control de Seguros, Encargados de Control de Empresas de las Administraciones.
ENTRADAS (INSUMOS QUE ALIMENTAN AL PROCESO): Código de Seguridad Social, Reglamento al Código de Seguridad Social, Reglamento Único de Afiliación del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo y otras disposiciones conexas, Programa Anual de Fiscalización de Empresas aprobado, Informe de "Inspección, Fiscalización y Control", Resumen Ejecutivo, Corpeps de la "Inspección, Fiscalización y Control", Nota de Comunicación de Adeudos, Comunicación de Adeudos, Nota de Atención y Nota de Cargo.



Caja Costarricense de Seguro Social

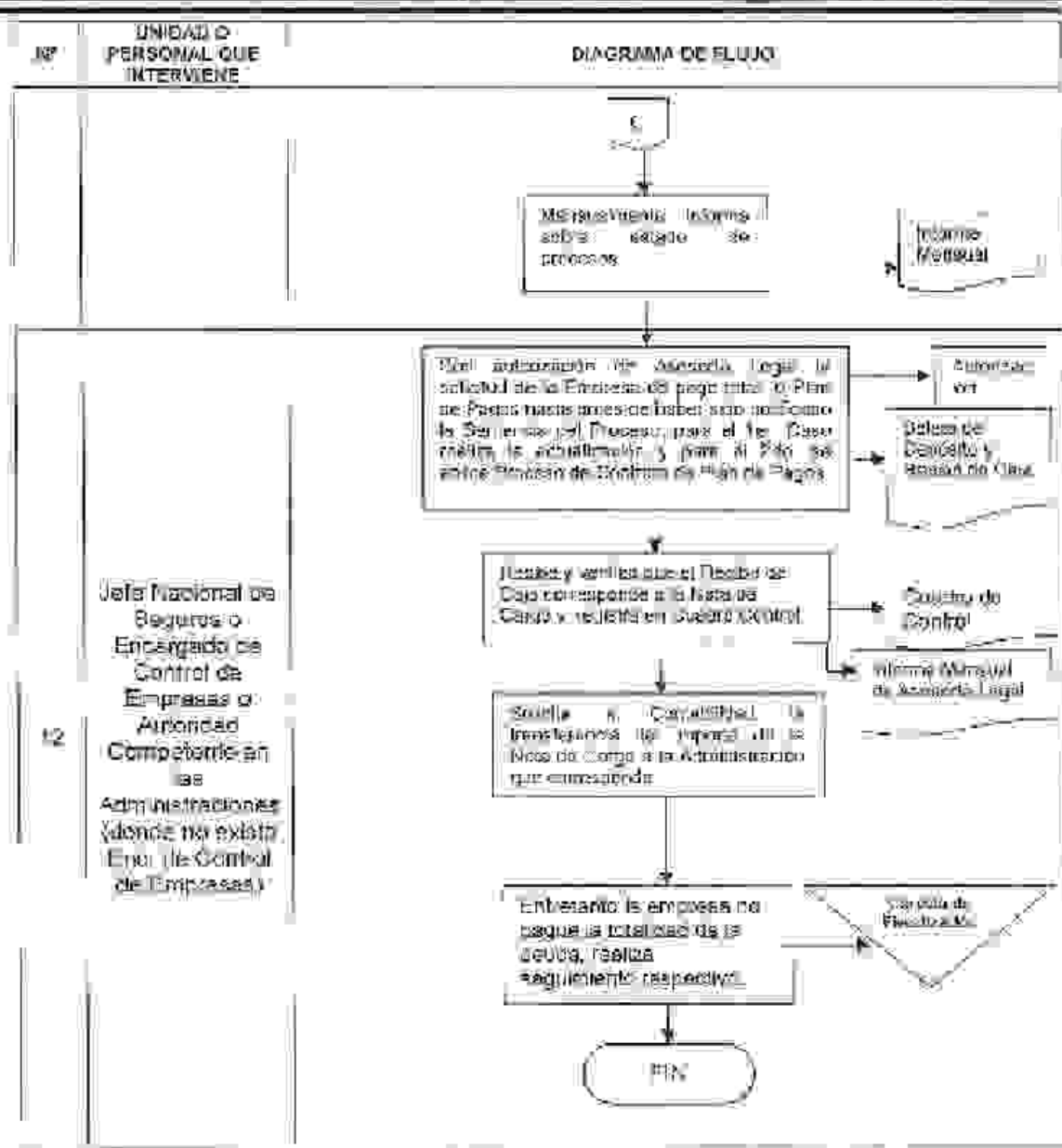
Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros - Est. 601112



GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE HONDURAS
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL





Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

MINISTERIO DE SALUD
HONorable DIRECTORIO

25 MAR 2014

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

ACTIVIDADES DEL PROCESO (PROCEDIMIENTOS):

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
1	Jefe Nacional de Seguros o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista/Enc de Control de Empresas)	1. Si la empresa decide efectivizar el Convenio de Pagos, la Jefatura del Departamento Nacional de Seguros, deberá informar sobre los requisitos establecidos.	1 hora	
		2. Comunicar a la División Nacional de Control de Empresas que la empresa formalizada o suscitada el Convenio de Pagos para su conocimiento y control.		
		1. Informar a la Empresa o Institución, sobre los requisitos que debe cumplir para la suscripción de un Contrato de Plan de Pagos.		
		2. Realiza el Análisis y elabora el Cuadro de Amortización con una cuota inicial igual o superior al 10% sobre el importe total acordado.	3 días	Cuadro de Amortización
		3. El cuadro de amortización incluye el pago mínimo de un 10% del importe acordado por la empresa o institución (Comunicación de Adeudos y/o Nota de Cargo), pudiendo ser este porcentaje mayor a solicitud de la Empresa o Institución, elabora el cuadro de amortización en un (1) original y ocho (8) copias.		
		4. Elabora la Nota de Remisión del Cuadro de Amortización adjuntando los documentos requeridos para la suscripción del Contrato de Plan de Pagos, verifica que los cálculos son correctos de conformidad a la Comunicación de Adeudos o Nota de Cargo.	3 días	Nota de Remisión
		5. Deriva para la aprobación respectiva.	3 días	Nota de Remisión, Cuadro de Amortización



Corporación de Valores

FECHA DE ELABORACIÓN
VERSIÓN ORIGINAL
04 de 07 de 2011

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
2	Director General Ejecutivo, Administradores de las Administraciones	Recibe la solicitud escrita de la Empresa o Institución para pagar mediante Plan de Pagos Deriva a través del curso normal.	2 días	Nota de Solicitud de la Empresa o Institución
3	Jefe Nacional de Seguros y Empeñados de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Dirección de Control de Empresas)	1. Recibe a través del curso normal. 2. Revisa la solicitud según los casos. • Ante la Denunciación de Accidentes • Ante la Nota de Cargo 3. En caso de ver la solicitud para Nota de Cargo fuera de plazo del mismo recibe la solicitud de Plan de Pagos y Asesora Legal para la autorización respectiva.	3 días 3 días 3 días	Nota de Solicitud de la Empresa o Institución
4	Jefe Departamento Nacional de Asesoría Legal, Jefe de Asesoría Legal en las Administraciones	1. Recibe la Solicitud verifica que el requerimiento sea hasta antes de la notificación de la Sentencia del Proceso Coactivo Social. 2. Autoriza mediante nota la prosecución de trámite del Contrato de Plan de Pagos. Nota: En caso de haber sido iniciado el Proceso Coactivo, realiza las acciones legales respectivas con relación al proceso.	3 días 3 días	Nota de Solicitud de la Empresa o Institución Nota de Autorización
7	Director Nacional Administrativo Financiero, Jefes Administrativos Financieros de las Administraciones	1. Recibe la nota de remisión de Cuadro de Amortización, cuadro de amortización y solicitud de la Empresa, revisa, autoriza y firma. 2. Deriva para proseguir con las firmas.	4 días 3 días	Nota de Remisión, Cuadro de Amortización, Nota de Solicitud de Empresas
8	Director General Ejecutivo, Administradores de las	1. Recibe la nota de remisión con Cuadro de Amortización, cuadro de amortización y solicitud de la Empresa, revisa, autoriza y firma.	3 días	Nota de Remisión, Cuadro de Amortización, Nota de Solicitud de

Dirección General Administrativa y Procedimientos
Departamento Nacional de Seguros



25 MAR 2014

FORMA DE APROBACIÓN

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL



CAJALPE FUJERÁ DE SALI

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDADES	TIEMPO	DOCUMENTOS
	Administración	1. Devuélvase por la entrega a la Empresa	3 días	Empresas
9	Jefe Nacional de Seguros o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Enc. de Control de Empresas)	1. Instruye a Secretaría la entrega de la Nota a la Empresa o institución	1 día	Nota de Remisión, Cédula de Autorización
10	Director General Regulativo, Administraciones de las Administraciones	1. Recibe de la Empresa o institución: - La Nota de Remisión de los documentos requeridos para el plan de pagos. - El pago mínimo del 10% como cuota inicial. 2. Instruye la prosecución del trámite de suscripción del Contrato de Plan de Pagos y deriva a través del circuito normal	3 días	Nota de Remisión de documentos a institución
11	Jefe Nacional de Seguros o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde no exista Enc. de Control de Empresas)	1. Recibe y verifica los documentos de acuerdo a los requisitos establecidos: - Fotocopia del Testimonio de Poder del Representante Legal (excepto en empresas unipersonales). - Fotocopia de Cédula de Identidad del Representante Legal con declaración de firma. - Dirección y croquis de ubicación del domicilio legal de la empresa y del Representante Legal. - Garantía de cumplimiento personal solicitada o garantía real. - Recibo de Caja y Boleto de Depósito por el Depósito en un porcentaje mínimo del 10% sobre el monto total de la Comunicación de Aseguros o Notada Cargo.	3 días	Nota de Remisión de documentos a institución



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		1. Presentación de Recibo de Caja y Boleta de Depósito por el pago de la multa por la no presentación oportuna del Aviso de Boda del Asegurado.		
		2. Remite Nota de Solicitud de Control de Plan de Pagos, Nota de la Empresa con documentos requerido y el cuadro de amortización a través de:	3 días	
		• Director Nacional Administrativo Financiero o Jefe Administrativo Financiero de las Administraciones para su aprobación y firma. • Director General Ejecutivo o Administrador para su autorización y firma.	3 días	
12	Jefe Departamento Nacional de Asesoría Legal, Jefe de Asesoría Legal en las Administraciones	1. Recibe y revisa los documentos, elabora el Contrato Plan de Pagos, Contrato que debe ser firmado por las siguientes instancias: • Director General Ejecutivo o Administradores (autoriza) • Director Nacional Administrativo Financiero o Jefe Administrativo Financiero en las Administraciones (aprueba) • Jefe Departamento Nacional de Asesoría Legal, Jefe de Asesoría Legal en las Administraciones (aprueba) • Asesor Legal a cargo de la elaboración de Oficina nacional o de las Administraciones • Representante legal de la Empresa o Institución • Garantía personal solidario de la Empresa o Institución 2. El Contrato de Plan de Pagos deberá ser elaborado en un (1)	3 días	Nota de Solicitud de Contrato, Nota de Remisión, Documentos e Inscripción Contrato de Plan de Pagos, Cuadro de Amortización, Solicitud de...



Superintendencia de Seguros y Cajas Petroleras de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



Ministerio de Salud
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

RECEIVED

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

LA PAZ, BOLIVIA

Nº	UNIDAD O PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDAD	TIEMPO	DOCUMENTOS
		original y ocho (8) copias, adjuntando la liquidación y el cuadro de amortización de acuerdo a la siguiente distribución: • Original para la Carpeta de la "Inspección, Fiscalización y Control" del Departamento Nacional de Seguros o Unidad de Control de Seguros, para efectos de control posterior. • Una copia para el archivo del Departamento Nacional de Seguros o Unidad de Control de Seguros. • Una copia para el Director General Ejecutivo y Administraciones. • Una copia para el Director Nacional Administrativo Financiero o Jefe Administrativo Financiero de las Administraciones. • Una copia para el Jefe de Asesoría Legal Nacional o de las Administraciones. • Una copia para el Representante Legal de la Empresa o Institución. • Una copia para el Garante personal solidario de la Empresa o Institución. • Una copia para Contabilidad.		Formulario y Anexos
		3. Remite todos los antecedentes para ser firmados por parte de la Empresa.	3 días	
14	Jefe Nacional de Seguros o Encargado de Control de Empresas o Autoridad Competente en las Administraciones (donde ha)	1. Recibe el Contrato de Plan de Pagos y los antecedentes. 2. Instruye a través de Secretaría la suscripción del Contrato de Plan de Pagos por parte de la Empresa y se desglosa según los destinatarios definidos, un ejemplar se archiva en la Carpeta de la "Inspección, Fiscalización y Control".	3 días 3 días	Contrato de Plan de Pagos y antecedentes



corpo patrullera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

Forma Original (Original)
Versión: 01/01/2010
Edición: 01/01/2010

Nº	UNIDADES PERSONAL QUE INTERVIENE	ACTIVIDADES	TIEMPO	DOCUMENTOS
	sección Encargada Control de Empresas)	3. Controla el cumplimiento del Contrato de Plan de Pagos suscrito, una vez que la empresa realiza el pago total o solicital de la misma emite Certificación de adeudos.	5 días	
		4. Una vez firmado el Convenio de Plan de pagos, envía una copia a la División Nacional de Control de Empresas para un monitoreo en caso de incumplimiento en 2 cuotas consecutivas, debe solicitar autorización al Jefe del Departamento Nacional de Seguros para la emisión de la nueva Nota de Cargo.	5 días	
		5. Registra en el Cuadro de Control de Notas de Cargo y realiza el control de los pagos de los Contratos de Plan de Pagos, emite un resumen anual a requerimiento de las Autoridades.	3 días	
		6. En caso de retraso en el pago de las cuotas en las fechas establecidas en el Contrato de Plan de Pagos y cuadro de amortización, actualizará la cuota de acuerdo a la variación de las UPV's a la fecha de pago.		
		7. En caso de incumplimiento del pago de dos cuotas consecutivas del plan de seguros se procederá a la resolución del Contrato de Plan de Pagos sin necesidad de otro requisito, y se emitirá una nueva Nota de Cargo por el saldo para su cobro por la Min. Comercio Social Según el proceso de emisión de Notas de Cargo.		
SALIDAS (BIENES O SERVICIOS FINALES): CONTRATO DE PLAN DE PAGOS				



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de la Caja Petrolera de Salud



CAJA PETROLERA DE SALUD
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

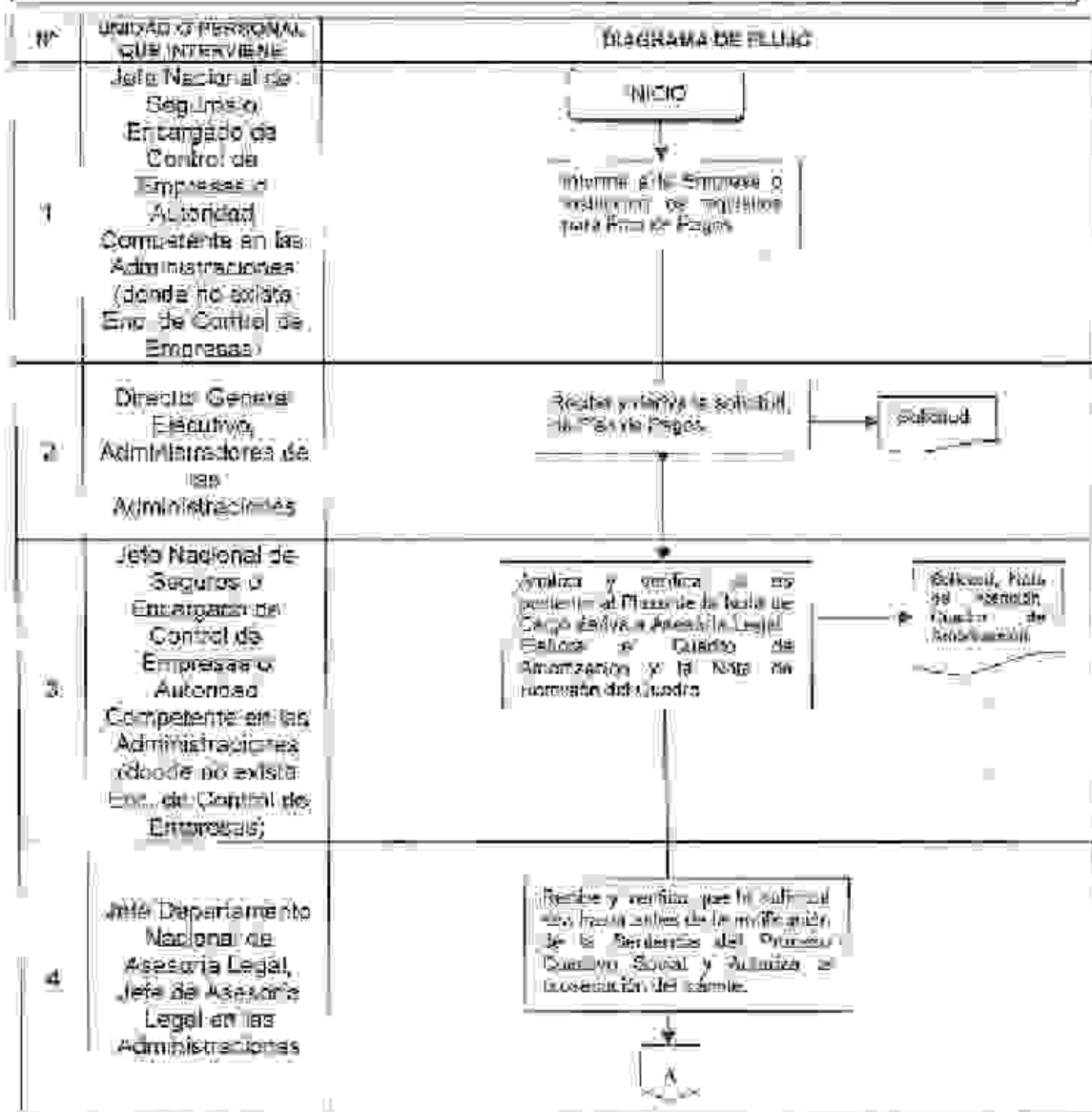
APROBADO

DOCUMENTO ORIGINAL

DIAGRAMA DE FLUJO

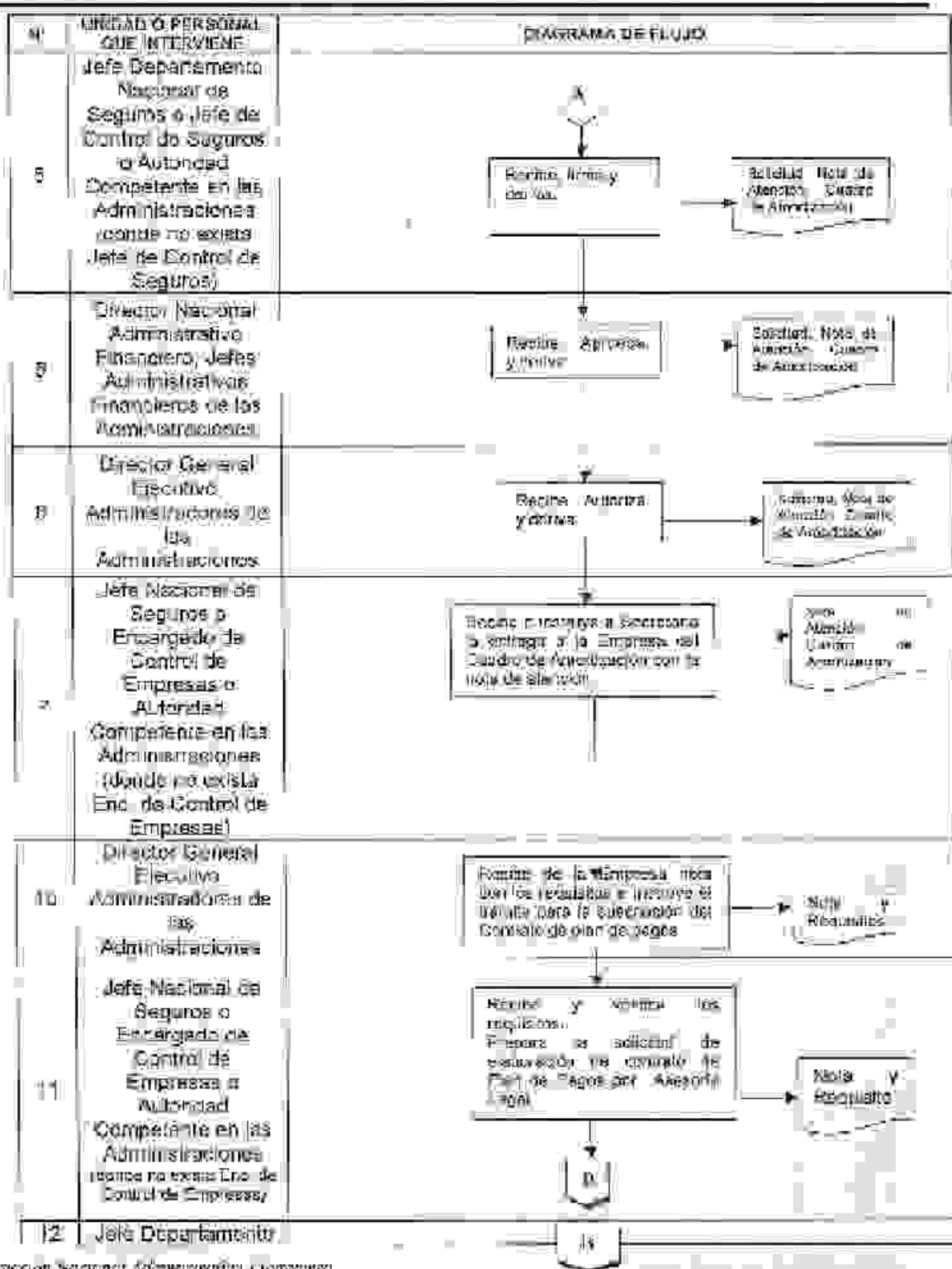
NOMBRE DE LA UNIDAD: DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS

NOMBRE DEL PROCESO: CONTRATO DE PLAN DE PAGOS





Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros





Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

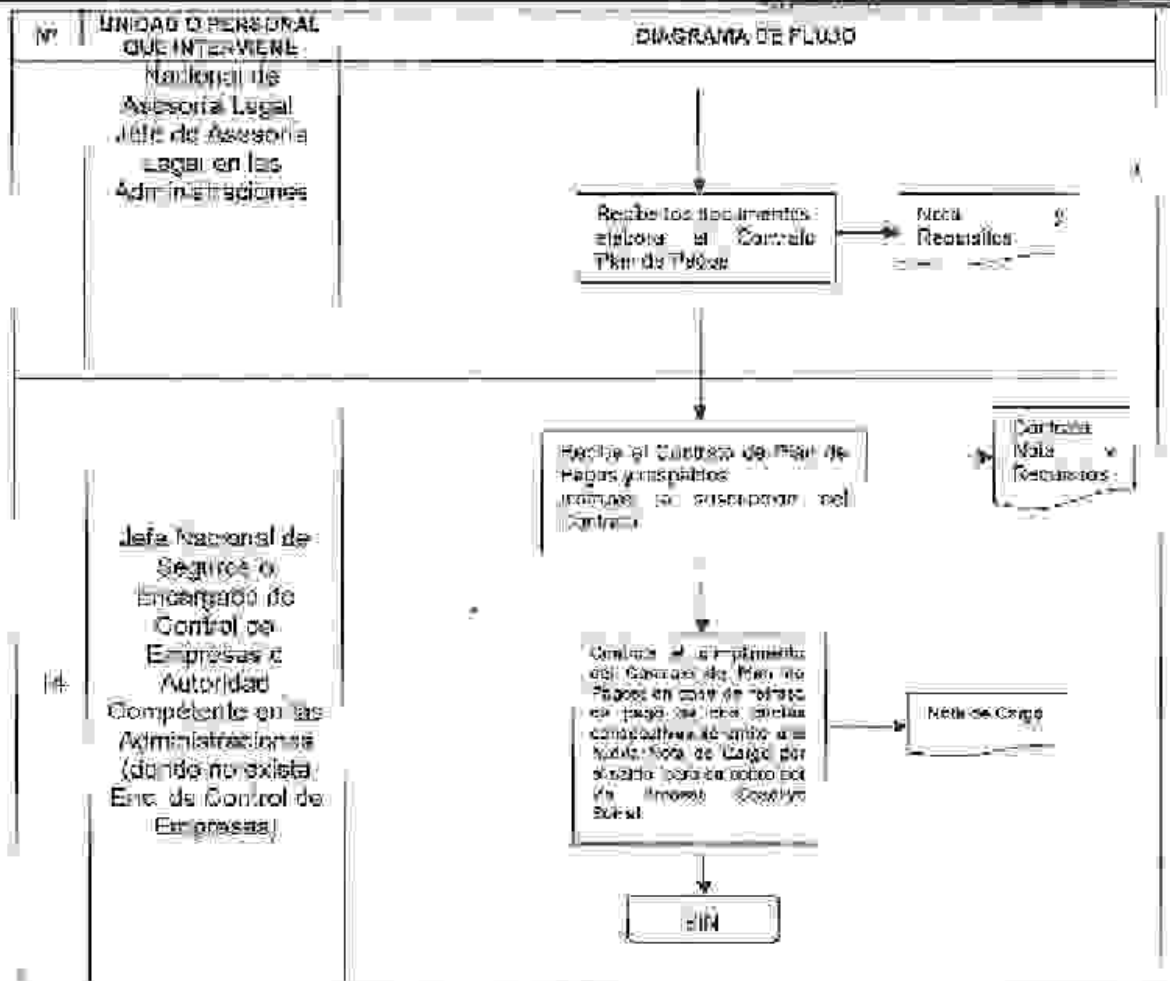


CASA PÉREZ ALVARO DE SALUD
HONORABLE DIRECTORIO

25 MAR 2014

APROBADO

DOCUMENTO ORIGINAL



[Handwritten signature]
Marta C. [illegible]
Asesora Legal
Ministerio de Salud



ANEXOS



caja petrolera de salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



CAJA PETROLERA DE SALUD
HONORABLE DIRECTOR

26 MAR 2014
hora de entrega

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

NOTA DE COMUNICACIÓN DE INSPECCIÓN, FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE EMPRESAS

La Paz, 18 de agosto de 2012
Circ.: XXXX/2013

Señores
AUXILIAR
Presente

REF.: INSPECCIÓN, FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE APORTES PATRONALES

De nuestra consideración:

La Caja Petrolera de Salud a través del Departamento Nacional de Seguros o Control de Seguros (en las Administraciones) y la División Nacional de Control de Empresas o Unidad de Control de Empresas (en las Administraciones), tienen a bien comunicarles que dentro del Programa Anual de Fiscalización de empresas 2012, ha programado la Inspección, Fiscalización y Control de obligaciones del Régimen a Corto Plazo de su Empresa, por las gestiones: 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011, en aplicación y cumplimiento a los Arts. 222 y 224 del Código de Seguridad Social y los Arts. 573 y 571 al 581 de su Reglamento.

Con este propósito, agradeceremos otorgar las condiciones necesarias respecto al ambiente físico y la colaboración necesaria al profesional asignado mediante CREDENCIAL de la Caja Petrolera de Salud, documento a ser presentado previo inicio de la fiscalización.

Asimismo, para el efecto agradeceremos a ustedes proporcionar al profesional asignado los documentos que se describen a continuación:

- Planillas de Sueldos y Salarios
- Liquidación Mensual de Aportes - Formularios COT-01
- Formularios de pago de aportes para el Seguro a Largo Plazo
- Formularios Trimestrales y las Planillas de Sueldos y Salarios presentadas al Ministerio de Trabajo
- Nomenclatura de cuentas
- Estados Financieros sellados por el Servicio de Impuestos Nacionales
- Rollos de Comprobantes de Sumas y Salarios
- Libros Mayores
- Comprobantes de Egreso, traspaso y dafar
- Contratos de Trabajo visados por el Ministerio de Trabajo
- Fichas personales
- Formularios de Aviso de Afiliación del Trabajador
- Formularios de Aviso de Baja del Asegurado
- Registros de control de asistencia de los trabajadores visados por el Ministerio de Trabajo
- Organigrama de la Empresa
- Poder del Representante Legal (vigente)
- Otros documentos a solicitud del Auditor

La fecha de inicio será comunicada con la debida anticipación, para cualquier aclaración, favor contactarse a los teléfonos: xxxxxxxx con Jefe(a) de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas (en las Administraciones) de la Caja Petrolera de Salud.

Seguros de contar con su colaboración, saludamos a ustedes cordialmente.
(Se comunicará respecto a cualquier aclaración o inconveniente).

cc/Car. H.
cc SE ENVIARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO
Dirección Nacional de Asesoría Financiera
Departamento Nacional de Seguros



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

CREDENCIAL

La Paz, 3 de septiembre de 2012

CITE: XXXX2012

C R E D E N C I A L

Señores

XXXXXX,

Presente.

La Caja Pétrolera de Salud de acuerdo al Programa Anual de Fiscalización de empresas 2012 y de conformidad a los Arts. 222° al 224° del Código de Seguridad Social, en concordancia con los Artículos 670° al 675° y 677° al 681° de su Reglamento, recomienda al Lc. XXXXXX con C. XXXXXX, para que realice las labores de "Inspección, Fiscalización y Control de Aportes" con base a la revisión de los documentos financiero-administrativos solicitados previamente, relativos al cumplimiento de obligaciones al Régimen de Costo Fijo de la Seguridad Social de la Empresa "XXXXXX", correspondiente a las gestiones: 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011. Esta labor estará bajo la supervisión del Lc. _____, Jefe de la División Nacional de Control de Empresas, o Suplente de Control de Empresas o Autoridad Competente (en las Administraciones):

Por lo expuesto, agradeceremos proporcionar al Lc. XXXXXX, Auditor de Control de Empresa del Área de Control de Empresas asignado por la C.F.S. la documentación solicitada para el cumplimiento de sus funciones a partir del 10 de septiembre de 2012.

Con este motivo, saludamos a ustedes cordialmente.

cc. Control de
la Caja Pétrolera de Salud

Este formato será ingresado al sistema de información

División Nacional de Administración Financiera
Departamento Nacional de Seguros



Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



25 MAR 2014

Downloaded from ascelibrary.org by New York University on 09/09/14. Copyright ASCE, for all rights reserved.

APRENDADO
DOCUMENTO ORIGINAL

1874 - 1875

PROGRAMA DE TRABAJO

DATOS DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN

Razón Social:	Fecha de Atestación:
Nº de Expediente / Administración:	Nº de Matrícula:
Dirección: Ciudad, Zona, Av. Calle Nº:	Teléfono:

DATOS DE LA FISCALIZACIÓN

Auditor de Control de Finanzas		Tiempo de la Fiscalización (en días)
Nº y Fecha Credencial		Momento Fiscalización anterior
Año(s) Fiscalizaciones	2007, 2008, 2009, 2010 y 2011	

[illegible]

DOI: 10.1002/anie.200500000

Director, National Administrative Institute
 Department of Administration

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

ACTA DE COMUNICACIÓN DE OBSERVACIONES PRELIMINARES

EMPRESA: XXXXXXXX

En fecha _____ de _____ de _____ en presencia de _____ representante de la Empresa y el _____ de la División Nacional de Control de Empresas o Encargado de Control de Empresas, Asesor(a) Competente (en los adicionales) y el Dr.

Auditor de Control de Empresas de Oficina Nacional o de las Administraciones en caso de haber las observaciones preliminares consignados como producto de la Inspección Fiscalización y Control de Empresas, cuyas observaciones se detallan a continuación:

- a) XXXXXX
- b) XXXXXX
- c) XXXXXX

En el presente se manifiesta que los puntos mencionados se hizo conocer por medio de planilla de observaciones encontradas durante el trabajo de campo. Sin embargo, se otorga la posibilidad de presentar la documentación de descargos y/o aclaraciones en el plazo de cinco (5) días hábiles, siendo el vencimiento el _____.

Se pone en conocimiento de la Empresa que el importe según la Planilla de Observaciones Preliminares, será actualizado en función a la variación de los UVR's, y se realizará el cálculo de intereses y multas sobre intereses; y otras multas según los aspectos observados para determinar el importe final de la deuda en favor de la Caja Petrolera de Salud.

En caso de no recibir ninguna respuesta de parte de la empresa en el plazo establecido, se procederá a la ratificación de las Observaciones y emisión los resultados definitivos.

Seguidamente se procederá a la emisión de la Comunicación de Adjudica, documento que no tiene valor ni recurso administrativo alguno y con la cual tienen la posibilidad de CANCELACIÓN (pago total o mediante contrato de plan de pagos) dentro de los (5) cinco días hábiles a partir de la notificación del mismo.

En caso de no proceder a la CANCELACIÓN se emitirá la Nota de Cargo con un recargo del 3% por puntos judiciales y cuya CANCELACIÓN (pago total o mediante contrato de plan de pagos) deberá ser dentro de los (5) días hábiles a partir de la recepción, caso contrario se derivará para el inicio del Proceso Cuadripartito Social correspondiente.

(Adjunto Planilla de Observaciones Preliminares en XXXX Fojos.)

En señal de conformidad y concordancia con lo descrito, se firma al fin del presente documento:

(Lugar y Fecha)

EMPRESA: XXXXXXXX

Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____
Firma: _____	Firma: _____

CAJA PETROLERA SALUD

Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____
Firma: _____	Firma: _____

Caja Petrolera de Salud - Sede Central

División Nacional de Inspección y Fiscalización
Departamento Nacional de Seguros



Ministerio de Salud

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros



MINISTERIO DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD

25 MAR 2014

MONTEVIDEO

APROBADO
DOCUMENTO ORIGINAL

FORM. CE-001

Nº

Fecha: 5 de noviembre de 2012

COMUNICACIÓN DE ADEUDOS

Administración: Tarija

Número(s) de Empleador: 000-1-0017

Razón Social: JAZMIN S.R.L.

Nombre del Representante Legal: RAUL VALENZIA RODRIGUEZ

Domicilio Legal: ZONA CENTRAL AV. GAMACHO N° 173

Teléfono: 2417179

Liquidación de Aportes Patronales Devengados Intereses y Multas, por concepto de salarios cancelados en favor de su personal. Multas por la no presentación y/o por retraso en la presentación de Aviso de Baja de Asegurado en aplicación al Decreto Supremo N° 25714 del 23 de Marzo de 2000 y Circular del Instituto Nacional de Seguridad de Salud (INASES) N° DE-01-04-062006 de fecha 30 de septiembre de 2005 y Resolución Administrativa N° 189-2008; por no presentación o retraso en la presentación de Aviso de Novedades del Empleador y Otras Multas (detallar), de conformidad a los Arts. 392 y 393 del Reglamento al Código de Seguridad Social y Resolución Administrativa N° 021 (58-B) de 31 de octubre de 1991, Ley 2434 xxxx no consignados en declaraciones a la Caja Pajonera de Salud determinados mediante Inspección, fiscalización y Control de Empresas No. de Informe de fiscalización?? por las gestiones 2008, 2009, 2010 y 2011, cuyos conceptos se resumen en el siguiente detalle:

Aportes Devengados Actualizados:	Importe Bs
Intereses sobre Aportes Devengados	568,758.55
Multas 10% sobre intereses	154,247.08
Multas por no presentación o retraso en la presentación de Aviso de Baja del Asegurado	10,424.72
Multa por no presentación o retraso en la presentación de Aviso de Novedades del Empleador	0
Otras (multas detallar)	0
TOTAL ADEUDO Bs	484,471.65

Son CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y UNO (83/100 BOLIVIANOS

(Importe que será actualizado a la fecha de hacer efectivo el pago)

La presente Comunicación de Adeudos debe ser CANCELADA (pago total o mediante Contrato de Plan de Pagos) en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir de su recepción y sin lugar a recurso administrativo alguno, vencido este plazo se emite la NOTA DE CARGO correspondiente que incluye el 8% de recargo por Gastos Judiciales, en cumplimiento a disposiciones legales en vigencia y se ejercerá el cobro mediante la Vía Coactiva Social.

(Firma y sello) JEFE DIVISION NACIONAL DE CONTROL DE EMPLEADOR ENCARGADO DE CONTROL DE EMPRESA O AUTORIDAD COMPETENTE EN LAS ADMINISTRACIONES	(Firma y sello) JEFE DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS JEFE DE CONTROL DE SEGUROS O AUTORIDAD COMPETENTE EN LAS ADMINISTRACIONES	(Firma y sello) DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO, JEFE ADMINISTRATIVO FINANCIERO EN LAS ADMINISTRACIONES	(Firma y sello) DIRECTOR GENERAL EJECUTIVO, ADMINISTRADOR EN LAS ADMINISTRACIONES
---	---	--	---

Origen: Empresa
1157 Copia: Gm. Fin.
2 Recibo: Unidad de
Caja de la UCA
3 Recibo: UCA
4 Recibo: UCA

Dirección Nacional Administrativa Financiera
Instituto Nacional de Seguros



Caja Petrolera de Salud

Módulo 076
Fol. 001 de 01

Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros

FORM 05-002

NOTA DE CARGO

ADMINISTRACIÓN	TARIFA	Nº	Fecha:
RAZÓN SOCIAL:		LAZMIN S.R.L.	
REPRESENTANTE LEGAL		JOS. RAÚL VALENCIA RODRÍGUEZ	
NÚMERO(S) DE EMPLEADOR		0001-0017	
DOMICILIO LEGAL (ZONA, AVENIDA, CALLE, Nº)		ZONA CENTRAL, AV. CAMACUERO, Nº 21	
TELÉFONO(S)		2412170	

DETALLE

Importe (Bs.)

Liquidación de Aportes Patronales Devengados, Intereses y Multas por concepto de Sucesos y Salidas canceladas en favor de la persona. Multas por no presentación y retraso en la Presentación de Aviso de Baja del Asegurado. Multa por no presentación y retraso en la presentación de Aviso de Novedades del Empleador y Otras Multas (detalle) no consignados en declaraciones a la Caja Petrolera de Salud, determinados mediante la Inspección, Fiscalización y Control de Empresas, o/o la Informe de Fiscalización y/o Realizado por las gestiones 2000, 2003, 2004, 2010 y 2011 y Comunicación de Acuerdos N° _____ en aplicación al Decreto Supremo N° 26774 del 23 de Marzo de 2000 y Circular del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) N° 05-411-04-062005 de fecha 30 de septiembre de 2005 y Resolución Administrativa N° 169-2008, Arts. 502 y 503 del Reglamento al Código de Seguridad Social y Resolución Administrativa N° 08-050-01 de 31 de octubre de 1981 y de conformidad con el Artículo 222 del Código de Seguridad Social, Artículo 61 del D.L. 18214, Artículo 22 del D.L. N° 11477, Ley No. 2424 cuyos conceptos se resumen en el siguiente detalle:

Aportes Patronales Devengados	4	389.758,55
Intereses sobre Aportes Devengados		104.247,18
Multas 10% sobre Ingresos		10.424,72
Multas por no presentación y retraso en presentación de Aviso de Baja del Asegurado		11,10
Multa por no presentación y retraso en la presentación de Aviso de Novedades del Empleador		
Gastos Accesorios 2% sobre aportes devengados y cancelación		11.067,76
TOTAL Bs.		105.564,61

SON: CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL, QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO (51/100) BOLIVIANOS.

(firma y sello) JEFE UNIÓN NACIONAL DE CONTROL DE EMPRESAS, EMPRESAS DE CONTROL DE EMPRESAS AUTORIZADO COMPETENTE EN LAS ADMINISTRACIONES	(firma y sello) JEFE DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS, JEFE DE CONTROL EN SEGUROS Y AUTORIZADO COMPETENTE EN LAS ADMINISTRACIONES	(firma y sello) DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA ADMINISTRACIÓN DE ADMINISTRACIONES	(firma y sello) DIRECCIÓN GENERAL DE CONTROL ADMINISTRATIVO EN LAS ADMINISTRACIONES
---	--	---	--

Nota: La presente Nota de Cargo deberá ser CANCELADA (Pago Total) y mediante Continuo de Plan de Pagos, en el plazo máximo de tres (3) días hábiles a partir de su recepción, caso contrario se procederá a su cobro por la vía Procedo Coactivo Social.

Señado: Buenos Aires, 25 de Marzo del 2014.
En Copia: 001-0017
En Copia: 001-0017
En Copia: 001-0017
En Copia: 001-0017

Dirección Nacional Administrativa (Gestiones)
Departamento Nacional de Seguros



Handwritten signature and stamp of the Honorable Directorate of the Petrolera Health Box, dated 25 MAR 2014.



caja petrolera de salud

RESOLUCIÓN DEL HONORABLE DIRECTORIO
CAJA PETROLERA DE SALUD

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGUROS: AFILIACIONES, COTIZACIONES, CONTROL DE EMPRESAS DE LA CAJA PETROLERA DE SALUD

RESOLUCIÓN H.D. N° 007/2014

La Paz, enero 10 de 2014

VISTOS:

Constitución Política del Estado, Reglamento del Código de Seguridad Social, Ley N° 1178 (Ley de Administración y Control Gubernamentales), Estatuto Orgánico de la Caja Petrolera de Salud, Informe Técnico OFN/DNGC/DNGP/DNGP-IT N° 001/2014, Informe Legal CITE OFN/DGA/DNAC/DNE N° 020/2014 de fecha 10 de enero de 2014, y toda documentación que ver cupiere se tuvo presente; y

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 45 que la Constitución Política del Estado establece que: "Todos los bolivianos y las bolivianas tienen derecho a acceder a la seguridad social. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integridad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficiencia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; vejez, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales"

Que, en este contexto el artículo 1 del Reglamento del Código de Seguridad Social determina: "La Seguridad Social tiene por objeto proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas incapacitadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar incluyéndose la atención de inserción social"

Que, el inc. b) del Art. 7 de la Ley N° 1178 (Ley de Administración y Control Gubernamentales) determina que: "Toda entidad pública se organizará internamente, en función de sus objetivos y la naturaleza de sus actividades ... (f)"

Que, el Art. 27 del cuerpo legal citado precedentemente establece: "Cada entidad del sector Público elaborará en el marco de las normas básicas dictadas por los órganos rectores, los reglamentos específicos para el funcionamiento de los sistemas de Administración y Control Interno regulados por la presente Ley ... (f)"

Que, a través de Informe Técnico OFN/DNGC/DNGP/DNGP-IT N° 001/2014 se señaló lo siguiente: "... (f) Con la aprobación y aplicación del Manual de Procesos y Procedimientos de Seguros lo que se pretende es que el documento se constituya en un referente guía y de consulta para todo funcionario operativo, dependiente del Departamento Nacional de Seguros, ya que describe actividades y tareas a seguir, a fin de optimizar y elevar la eficiencia en los procesos de Afiliación, Cotización y de Fiscalización a las empresas o instituciones afiliadas, que agrupadas conforman un proceso general importante, que asegura la captación de recursos para la institución, por la prestación de servicios dentro del Seguro Social de Corto Plazo".

Que, mediante Informe Legal CITE OFN/DGA/DNAC/DNE N° 020/2014 de fecha 10 de enero de 2014, en su parte conclusiva se señaló: "En mérito al Informe Técnico modificatorio, se concluye que con el mismo se acredita la implementación de la propuesta del MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGUROS, por lo que debe emitirse su aprobación. Se recomienda remitir la propuesta del MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGUROS, al Honorable Directorio de Caja Petrolera de Salud para su consideración y aprobación correspondiente".



caja petrolera de salud

Que, de acuerdo a los antecedentes técnicos y legales precedentemente citados se tiene que los mismos se encuentran en el marco de las directrices normativas del presente caso, por lo que, el H. Directorio, habiendo efectuado la revisión y análisis a los mismos determino necesario se pronuncie al respecto en uso de sus específicas funciones establecidas en el inc. b), artículo 13 del Estatuto Orgánico de la Caja Petrolera de Salud, que establece: "Funciones del Directorio: Ejercer la fiscalización, adoptando previsiones en el campo médico, económico financiero, técnico, legal y administrativo"

PORTANTO:

EL HONORABLE DIRECTORIO DE LA CAJA PETROLERA DE SALUD EN USO DE SUS ESPECÍFICAS FUNCIONES Y ATRIBUCIONES.

RESUELVE:

PRIMERO.- APROBAR el MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGUROS, AILIACIONES, COTIZACIONES, CONTROL DE EMPRESAS DE LA CAJA PETROLERA DE SALUD, conforme los parámetros técnicos y legales establecidos en el Informe Técnico GEN-DNGC/DNGFALINGE-IT N° 001/2014 y Informe Legal CITE GEN/DOL/DNALITNF N° 020/2014 de fecha 18 de enero de 2014, los cuales forman parte integrante e inescindible de la presente Resolución

SEGUNDO.- INSTRUIR a la Dirección General Ejecutiva de la Caja Petrolera de Salud, que a través de sus respectivas Direcciones, se proceda a la difusión y cumplimiento estricto de la presente Resolución.

TERCERO.- Las modificaciones y ajustes que pudieran corresponder efectuarse al presente instrumento normativo administrativo, se lo realizará conforme a su aplicación y necesidad a través de las instancias correspondientes, previa aprobación del H. Directorio.

CUARTO.- Dejar sin efecto cualquier otra normativa interna que contrariare lo aprobado.

Regístrese, comuníquese, archívese y envíense copias a la Dirección General Ejecutiva, Dirección Nacional de Gestión de Calidad y demás instancias que correspondan.


PRESIDENTE HONORABLE DIRECTORIO


RPTC NACIONAL EMPRESAS PETROLERAS


RPTC LABORAL EMPRESAS NO PETROLERAS


RPTC PATRONAL EMPRESAS DE SEGUROS


RPTC PATRONAL EMPRESAS NO DE SEGUROS


REPRESENTANTE ESTATAL MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y PREVISIÓN SOCIAL

WCU/PA/01
CCT/Atm/01