

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DJ/DP/N° 467/2019

La Paz, 20 MAR 2019

**MANUAL PARA EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES, PENSIONES Y
BENEFICIOS EN EL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES
(Trámite N°30116)**

VISTOS:

Dentro del proceso administrativo de regulación correspondiente al proceso de Otorgamiento de Pensiones del Sistema Integral de Pensiones, el Informe Técnico INF.DP/N°269/2019 de 20 de marzo de 2019, el Informe Legal INF.DJ/353/2019 de 20 de marzo de 2019 y demás documentación que ver convino y se tuvo presente.

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia promulgada el 07 de febrero de 2009, en su artículo 45, señala que la dirección, control y administración de la Seguridad Social, corresponde al Estado; la cual se regirá bajo las leyes y los principios de Universalidad, Integralidad, Equidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Economía, Oportunidad, Interculturalidad y Eficacia.

Que el Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, determina la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco de lo establecido en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Que conforme el Decreto Supremo N° 0071 de 09 de abril de 2009, se crea la ex Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones – AP como una institución que fiscaliza, controla, supervisa y regula la Seguridad Social de Largo Plazo, considerando la normativa de pensiones, Ley N° 3791 de 28 de noviembre de 2007 de la Renta Universal de Vejez; y sus reglamentos en tanto no contradigan lo dispuesto en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Que de acuerdo al artículo 167 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, se determina que la Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones - AP se denominará en adelante Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS y asumirá las atribuciones, competencias, derechos y obligaciones en materia de Seguros de la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero – ASFI.

Que el artículo 168 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones establece las funciones y atribuciones asignadas al Organismo de Fiscalización en materia de Pensiones y Seguros, entre las que se encuentran, fiscalizar, supervisar, regular, controlar, inspeccionar y sancionar a la Gestora Pública de



la Seguridad Social de Largo Plazo, Entidad Pública de Seguros, Entidades Aseguradoras u otras entidades bajo su jurisdicción, de acuerdo a la Ley de Pensiones, Ley de Seguros y los reglamentos correspondientes.

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones en su artículo 2, señala que el Sistema Integral de Pensiones (SIP) está compuesto por los Regímenes Contributivo, Semiccontributivo y No Contributivo.

Que el artículo 147 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones Determina que la administración del Sistema Integral de Pensiones estará a cargo de una Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo.

Que el artículo 148 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones establece que la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo tiene como objeto la administración y representación de los Fondos del Sistema Integral de Pensiones, gestión de Prestaciones, Beneficios y otros pagos del SIP.

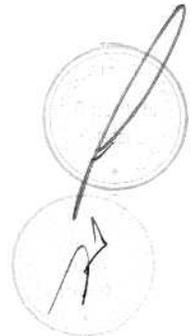
Que el inciso b) del artículo 149 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, establece que la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, tiene entre sus funciones y atribuciones la administración de la totalidad de los registros generados en el Sistema Integral de Pensiones.

Que el Régimen Contributivo contempla las Prestaciones de Vejez, Prestaciones de Invalidez, Pensiones por Muerte derivadas de éstas y Gastos Funerarios; el Régimen Semiccontributivo contempla las Prestaciones Solidarias de Vejez y Pensiones por Muerte derivadas de éstas y Gastos Funerarios, y finalmente el Régimen No Contributivo contempla la Renta Dignidad y Gastos Funerales.

Que por su parte, el artículo 175 de la Ley N° 065 de Pensiones, establece que las AFP son responsables de transferir a la Gestora, toda la información y documentación que se encuentren a su cargo, siendo responsables de la documentación e información que transfieran.

Que el artículo 177 de la Ley de Pensiones, establece que en el periodo de transición, las Administradoras de Fondos de Pensiones continuarán realizando todas las obligaciones determinadas mediante Contrato de prestación de servicios suscrito con el Estado Boliviano en el marco de la Ley N° 1732, de Pensiones, Decretos Supremos y normativa regulatoria reglamentaria; así como lo dispuesto en la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010 y disposiciones reglamentarias del Sistema Integral de Pensiones, asumiendo las obligaciones, atribuciones y facultades conferidas a la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, mientras dure el periodo de transición.

Que el Decreto Supremo N°2248 de 14 de enero de 2015, entre otros aspectos, señala por objeto la constitución y aprobación de estatutos de la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, la misma que tendrá a cargo la



administración y representación de los Fondos del Sistema Integral de Pensiones, gestión de prestaciones, beneficios y otros pagos, establecidos en la normativa vigente e iniciará sus actividades en un periodo no mayor a dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha de publicación del referido Decreto Supremo.

Que la Disposición Transitoria Segunda, parágrafo I del Decreto Supremo N° 2248, determina que la APS es responsable del proceso de transferencia entre cada una de las AFP y la Gestora, debiendo emitir para dicho efecto la normativa reglamentaria que establezca el procedimiento a seguirse, considerando que toda la información, documentos, expedientes con sus respectivos respaldos, bases de datos y otros sean traspasados.

Que la Disposición Transitoria Segunda, parágrafo X del Decreto Supremo N° 2248, establece que la Gestora tendrá un plazo de cinco (5) años para revisar la documentación e información transferida por las AFP, conforme al procedimiento a ser establecido por la APS.

Que el parágrafo IV de la Disposición Transitoria Segunda del Decreto Supremo N° 2248, señala que el proceso de traspaso de las AFP a la Gestora deberá ser supervisado en todo momento por la APS.

Que el artículo 2 parágrafo II del Decreto Supremo N° 2802 de 15 de junio de 2016, modifica el artículo 11 del Decreto Supremo N° 2248, con el siguiente texto: *“ARTÍCULO 11.- (INICIO DE ACTIVIDADES). La Gestora iniciará sus actividades en un período no mayor a quince (15) meses a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.”*

Que el parágrafo II de la Disposición Final Única del Decreto Supremo N° 3333 de 20 de septiembre de 2017, determina que el inicio de actividades de la Gestora, en lo referente a los Regímenes Contributivo y Semiccontributivo del Sistema Integral de Pensiones (SIP), deberá ser en un plazo no mayor a los dieciocho (18) meses de la publicación del Decreto Supremo.

Que mediante Decreto Supremo N° 3837 de 20 de marzo de 2019, se amplía el plazo establecido en el parágrafo II de la Disposición Final Única del Decreto Supremo N° 3333 de 20 de septiembre de 2017, para el inicio de actividades al público de la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo en cuanto a los Regímenes Contributivo y Semiccontributivo, por un plazo no mayor treinta (30) meses, computables a partir de la publicación del citado Decreto Supremo.

Que por otro lado, el citado Decreto Supremo dispone que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, establecerá los plazos y acciones para la efectivización del traspaso en el Sistema Integral de Pensiones, entre la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo y las Administradoras de Fondos de Pensiones, para cuyo efecto emitirá la regulación correspondiente.

CONSIDERANDO:

Que conforme señalan las Disposiciones Transitorias Primera a la Séptima del Decreto Supremo N° 0822 de 16 de marzo de 2011 (D.S. 0822/11), las AFP vienen operando con algunos procedimientos transitorios y con los formularios vigentes antes de la promulgación de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, por lo que corresponde que para el inicio de actividades de la Gestora en lo que respecta a los regímenes Contributivo y Semiccontributivo del SIP, se establezca el procedimiento de otorgamiento de las Prestaciones, Pensiones y Beneficios del SIP.

Que dichos procedimientos se basan en la normativa establecida en la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones y las Leyes N° 430 de 07 de noviembre de 2013 (Ley 430/2013) y N° 985 de 24 de octubre de 2017 (Ley N° 985/2017) referentes a los Límites Solidarios, y en los Decretos Supremos N° 0822 de 16 de marzo de 2011, N° 1570 de 01 de mayo de 2013 y N° 1888 de 04 de febrero de 2014 (D.S. 1888).

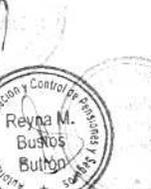
Que los artículos 7 al 9 y 12 al 19 de la Ley N° 065/2010 y los artículos 81 al 86 del Anexo del Decreto Supremo N° 0822/2011, establecen los requisitos de acceso a las Prestaciones de Vejez y Prestaciones Solidarias de Vejez que los Asegurados deben cumplir.

Que las Prestaciones de Vejez se otorgan a los Asegurados, independientemente de su edad, cuando puedan financiar con el Saldo Acumulado en su Cuenta Personal Previsional, una Prestación de Vejez que contemple una Pensión de Vejez igual o mayor al sesenta por ciento (60%) de su Referente Salarial de Vejez; en los casos de Asegurados que hubieran realizado aportes al ex Sistema de Reparto estos podrán acceder a la Prestación de Vejez, a partir de los 50 años mujeres y 55 años hombres, siempre que entre su Compensación de Cotizaciones y su Saldo Acumulado puedan financiar una Pensión igual o mayor al sesenta por ciento (60%) de su Referente Salarial de Vejez.

Que alternativamente, los Asegurados podrán acceder a la Pensión de Vejez cuando tengan 58 años de edad y al menos 120 aportes, y financien una Pensión de Vejez mayor a la Pensión Solidaria de Vejez que les correspondería en función a su Densidad de Aportes.

Que por su parte, las Prestaciones Solidarias de Vejez, se otorgan a los Asegurados que tengan 58 años de edad y una Densidad de Aportes igual o mayor a ciento veinte (120). El monto de la Pensión Solidaria de Vejez está en función a la Densidad de Aportes y Referente Salarial Solidario de Vejez del Asegurado, pudiendo este acceder a los Límites Solidarios Mínimos o Máximos, o cualquier monto entre medio si su Monto Salarial Referencial se encuentra entre ambos Límites Solidarios.

Que en el caso de Asegurados Mineros y Asegurados Mineros Cooperativistas, la edad de acceso a Pensión Solidaria es de 56 años, pudiendo adicionalmente,



en el marco del artículo 125 de la Ley N° 065/2010, tener una reducción de edad por trabajo en condiciones insalubres. Los Asegurados Mineros accederán a los Límites Solidarios establecidos para dicho sector.

Que en el caso de las Aseguradas, conforme señalan los artículos 77 y 78 de la Ley N° 065/2010, éstas podrán acceder al incremento de doce (12) Aportes por hijo nacido vivo hasta un máximo de treinta y seis (36) Aportes para acceder a Pensión Solidaria de Vejez, o bien a la reducción de edad de un (1) año por cada hijo nacido vivo hasta un máximo de tres (3) años para acceder a Pensión de Vejez o Pensión Solidaria de Vejez.

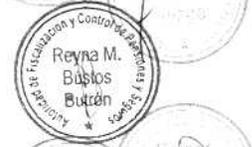
Que en lo referente a Riesgos, los artículos 31 al 48 de la Ley N° 065/2010 y 116 al 128 del Anexo del Decreto Supremo N° 0822/2011, establecen los requisitos de cobertura así como la cuantía de las Pensiones de Invalidez y Pensiones por Muerte derivadas de Riesgos, tanto para los Seguros de Riesgo Común como para Riesgos Profesionales y Riesgos Laborales.

Que el Seguro de Riesgo Común, otorga Prestaciones de Invalidez y Pensiones por Muerte a los Asegurados Dependientes e Independientes que cumplan con los requisitos de cobertura establecidos en la normativa, y siempre que la invalidez o fallecimiento sea de origen común.

Que el Seguro de Riesgo Profesional otorga Prestaciones de Invalidez y Pensiones por Muerte a Asegurados Dependientes que cumplan con los requisitos de cobertura y siempre que la invalidez o fallecimiento sea de origen profesional; por su parte, el Seguro de Riesgo Laboral otorga Prestaciones y Pensiones por Muerte a Asegurados Independientes que cumplan con los requisitos establecidos en norma y siempre que la invalidez o fallecimiento sea de origen laboral.

Que por su parte, los artículos 71 al 74 de la Ley N° 065/2010 y los artículos 141 al 146 del Anexo del Decreto Supremo N° 0822/2011, señalan que para efectos de la calificación del grado cuando corresponda, origen, causa y fecha de siniestro, los Entes Gestores de Salud (EGS) están en la obligación de remitir a la Gestora, y entre tanto esta inicie sus actividades a las AFP, todos los exámenes, análisis y estudios que respalden la afección o desorden del Asegurado, así como la comunicación o certificación mediante la cual se informa al mismo que su afección o desorden es permanente e irreversible y/o que la atención curativa ya no procede.

Que los artículos 147 al 166 del Anexo del Decreto Supremo N° 0822/2011 establecen que, en función a la documentación medica del caso, la calificación deberá realizarse por el Tribunal Medico Calificador (TMC) utilizando el Manual único de Calificación compuesto por el MANECGI y la LEP, debiéndose emitir un dictamen y fecha de siniestro (invalidez o fallecimiento), mismo que podrá ser sujeto a revisión por parte del Tribunal Medico calificador de Revisión (TMR) a solicitud expresa del Asegurado, Derechohabiente o Empleador, dentro de los treinta (30) días calendario de notificados con el mismo, por lo que transcurrido dicho plazo, de no haber solicitud de revisión el dictamen queda



firme en sede administrativa, y la Gestora deberá proceder a rechazar el trámite o solicitar la firma de la Declaración de Prestación para dar inicio al pago de Pensiones incluido el devengo desde fecha de solicitud o fecha de fallecimiento según corresponda.

Que conforme señalan los artículos 8 y 9 del Anexo del Decreto Supremo N° 0822/2011, el inicio de un trámite en el SIP podrá efectuarse mediante la presentación de los documentos de acreditación ya sea en original o fotocopia.

Que toda vez que conforme al Decreto Supremo N° 3333 de 20 de septiembre de 2017, la Gestora debe iniciar sus actividades en un plazo máximo de dieciocho (18) meses de la fecha de publicación del citado Decreto Supremo y por consiguiente se requiere contar con el procedimiento que dicha entidad debe aplicar para el otorgamiento de las Prestaciones, Pensiones y Beneficios del Sistema Integral de Pensiones.

CONSIDERANDO:

Que la articulación de políticas, procedimientos y prestaciones en la Seguridad Social de Largo Plazo se encuentra determinado por el Principio de Unidad de Gestión establecido por el inciso f) del artículo 3 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010. Asimismo conforme al artículo 168 de la Ley N° 065, entre las funciones de esta Autoridad se encuentran el cumplir y hacer cumplir la Ley y sus reglamentos, como regular a la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, Entidad Pública de Seguros, Entidades Aseguradoras u otras bajo su jurisdicción, por tanto de acuerdo a la fundamentación realizada, se considera necesaria la emisión de un Manual para el Otorgamiento de Prestaciones, Pensiones y Beneficios en el Sistema Integral de Pensiones.

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución Suprema N°15661 de 28 de julio de 2015, la Dra. Patricia Viviana Mirabal Fanola ha sido designada como Directora Ejecutiva de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

POR TANTO:

LA DIRECTORA EJECUTIVA DE LA AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS, EN USO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LEY,

RESUELVE:

PRIMERO.- Aprobar los siguientes Anexos que forman parte indivisible de la presente Resolución Administrativa.

Anexo 1: Manual para el Otorgamiento de Prestaciones, Pensiones y Beneficios en el Sistema Integral de Pensiones.



Anexo 2: Formularios de Solicitud del Sistema Integral de Pensiones: Jubilación, Invalidez, Muerte, Gastos Funerarios, CCM, Retiros y Masa Hereditaria.

Anexo 3: Códigos de verificación de documentación.

Anexo 4: Formulario de Declaración sobre Doble Percepción de Fracción Solidaria.

Anexo 5: Formulario de Reposición de Retiros.

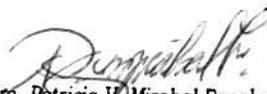
Anexo 6: Otros Formularios: Certificado de Saldos y Actualización de Compensación de Cotizaciones, Hoja de Cálculo de Referentes Salariales, Comparación de Pensiones, Habilitación y Reposición de Pagos, Renuncia de Derecho a Solicitar Revisión de Dictamen, Solicitud de Revisión de Dictamen y Solicitud de Recalificación.

SEGUNDO.- I. Los Formularios del SIP son de uso obligatorio por parte de la Gestora.

II. Cualquier modificación o introducción de nuevos formularios deberá ser remitido a esta Autoridad para su consideración y aprobación, previa su implementación.

TERCERO.- La presente Resolución Administrativa entrará en vigencia a partir de la fecha de inicio de actividades de la Gestora en lo referente a los Regímenes Contributivo y Semiccontributivo.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Patricia V. Mirabal Farola
DIRECTORA EJECUTIVA
Autoridad de Fiscalización y Control
de Pensiones y Seguros - APS

PVMF/RPLL/LSP/RBB/RUA/FPA/WCH/FAA/IRL/CJF/GYR/XFYC

A N E X O 1

MANUAL PARA EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES, PENSIONES Y BENEFICIOS EN EL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES

ARTÍCULO 1.- (OBJETO).- El presente Manual tiene por objeto establecer los procedimientos y plazos para el otorgamiento de Beneficios en el Sistema Integral de Pensiones, en adelante SIP, a partir del inicio de actividades de la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo (Gestora), en lo referente a los regímenes Contributivo y Semicontributivo.

CAPITULO I

INICIO DE TRÁMITES EN EL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES

SECCIÓN I GENERALIDADES

ARTÍCULO 2.- (INICIO DE TRÁMITES).- I. Para iniciar un trámite de Pensión, Retiros Mínimos/Retiro Final y Pagos, el Asegurado, Derechohabiente o Heredero, en adelante Solicitante, deberá apersonarse a la Gestora, portando su Documento de Identidad, para suscribir el formulario de solicitud del SIP que corresponda.

II. Los formularios de solicitud del SIP se encuentran en el Anexo 2 de la presente Resolución Administrativa.

III. De acuerdo al trámite que el Solicitante inicie deberá adjuntar la documentación de acreditación del Asegurado y Derechohabientes según corresponda, así como la documentación particular requerida para cada tipo de trámite.

IV. Todos los formularios de solicitud deberán ser firmados por el Solicitante y por la Gestora en el mismo día en que se entreguen los documentos correspondientes que deberán adjuntarse al formulario que corresponda.

La Gestora deberá entregar una copia del formulario firmado al Solicitante.

V. Los demás formularios que deben ser llenados por la Gestora para el otorgamiento de las Prestaciones, Pensiones y Beneficios del SIP se encuentran en el Anexo 6.

ARTÍCULO 3.- (DECLARACIÓN DE DERECHOHABIENTES).- I. En el formulario de solicitud, el Asegurado podrá o deberá según corresponda, declarar a sus Derechohabientes de Primer Grado, y en el caso de Derechohabientes de Segundo Grado, excluirlos o declararlos; la exclusión o declaración de éstos podrá ser modificada en cualquier momento por el Asegurado y las veces que éste así lo desee.

II. El Asegurado podrá declarar Derechohabientes de Tercer Grado de forma voluntaria conforme a normativa vigente; los cuales serán considerados únicamente en el trámite de Jubilación.

ARTÍCULO 4.- (DOCUMENTACIÓN REQUERIDA).- I. Para suscribir un formulario de solicitud del SIP, conforme a lo establecido en el artículo 8 del Reglamento de Desarrollo Parcial a la Ley de Pensiones en materia de Prestaciones de Vejez, Prestaciones Solidarias Vejez, Prestaciones por Riesgos, Pensiones por Muerte derivadas de éstas y otros Beneficios aprobado mediante Decreto Supremo N° 0822 de 16 de marzo de 2011, en adelante Anexo D.S. 0822/11, el Solicitante deberá entregar la siguiente documentación de acreditación según corresponda:

a) Documentación del Asegurado:

1. Documento de Identidad, en fotocopia.
2. Certificado de Nacimiento, en original o fotocopia.
3. Certificado de Defunción del Asegurado si corresponde, en original o fotocopia.

b) Documentación de los Derechohabientes declarados en el formulario de solicitud:

1. Documento de Identidad, de los Derechohabientes, en fotocopia.
2. Certificado de Nacimiento de los Derechohabientes, en original o fotocopia.
3. Certificado de Matrimonio, en original o fotocopia, con vigencia máxima de un (1) año; en caso de Convivencia, Testimonio Judicial de Convivencia en fotocopia legalizada.
4. Testimonio de Tutoría si corresponde, en original, y Documento de Identidad del Tutor o Tutores, en fotocopia.

c) Documentación de los Herederos declarados en el formulario de solicitud:

1. Documento de Identidad, de los Herederos, en fotocopia.
2. Certificado de Nacimiento de los Herederos, en original.
3. Certificado de Matrimonio, en original, con vigencia máxima de un (1) año; en caso de Convivencia, Testimonio Judicial de Convivencia, en original o Certificado de Unión Libre
4. Testimonio de Tutoría si corresponde, en original, y Documento de Identidad del Tutor o Tutores, en fotocopia.

II. El documento de identidad señalado en el numeral 1. de los incisos a) y b) anteriores, podrá ser:

a) Cédula de Identidad vigente, o Pasaporte vigente a fecha de solicitud para Asegurados que radican en el extranjero.

- b) Cédula de Identidad o Pasaporte vigente o caduco, o fotocopia de la Tarjeta Prontuario emitida por el SEGIP o Certificación del SEGIP con datos de la Tarjeta Prontuario, para Asegurados fallecidos.
- c) En los casos de trámites iniciados por el Asegurado, el documento de identidad de los Derechohabientes podrá ser la Cédula de Identidad vigente o caduca, o fotocopia de la Tarjeta Prontuario emitida por el SEGIP o Certificación del SEGIP con datos de la Tarjeta Prontuario; y en el caso de Derechohabientes que radican en el extranjero, se podrá aceptar también el Pasaporte vigente.
- d) En los casos de trámites iniciados por Derechohabientes, el documento de identidad de éstos corresponderá a la Cédula de Identidad o Pasaporte vigente a fecha de solicitud.

III. Si el Solicitante no pudiera presentar toda la documentación de acreditación del Asegurado o de los Derechohabientes, deberá presentar al menos un documento de acreditación de cada uno de éstos, en original o fotocopia.

IV. La Gestora deberá verificar que los documentos presentados por el Solicitante sean legibles.

V. Si la Gestora contara con algunos de los documentos de acreditación presentados previamente, no deberá solicitar nuevamente su presentación, salvo que requieran ser actualizados.

ARTÍCULO 5.- (DESISTIMIENTO).- I. En cualquier etapa de un trámite previo a la suscripción de la Declaración de Pensión o Pago, o Convenio, el Solicitante podrá desistir de su trámite mediante nota escrita presentada a la Gestora.

Los trámites iniciados por Derechohabientes o Herederos en los que figure más de un Derechohabiente o Heredero, necesariamente deberán presentar la nota escrita de desistimiento con la firma de todos los Derechohabientes o Herederos que figuran en la solicitud.

II. En estos casos, la Gestora sellará la Solicitud de Pensión con la palabra "Desistido", y archivará en el expediente la carta de solicitud de desistimiento.

SECCIÓN II TRÁMITES DE PENSIÓN DE JUBILACIÓN

ARTÍCULO 6.- (SOLICITUD DE JUBILACIÓN).- I. Para iniciar un trámite de Jubilación, el Asegurado deberá suscribir el Formulario de Solicitud de Jubilación, en adelante FSJ, en el que deberá declarar obligatoriamente a sus Derechohabientes de Primer Grado, y excluir o declarar a sus Derechohabientes de Segundo Grado; asimismo, el Asegurado podrá declarar

Derechohabientes de Tercer Grado, estableciendo el porcentaje de asignación para cada uno de estos, no pudiendo la suma de éstos ser mayor al sesenta por ciento (60%).

II. La Documentación que deberá adjuntarse es la señalada en los incisos a) y b) del parágrafo I. del artículo 4 anterior, y adicionalmente la siguiente cuando corresponda:

1. Fotocopia de los Formularios de Pago de Contribuciones, en adelante FPC, solo si el Asegurado tiene Aportes pagados por adelantado.
2. Certificado de Trabajo Insalubre emitido por el Departamento de Medicina del Trabajo del Ente Gestor de Salud que corresponda, en original, si corresponde.
3. Resolución de Invalidez emitida por el Ente Gestor de Salud, en adelante EGS, o documentación técnica médica que avale el estado psicofísico del Derechohabiente, en caso de hijos inválidos.

ARTÍCULO 7.- (FECHA DE APERSONAMIENTO).- I. La Gestora deberá consignar en el FSJ, la fecha en la cual el Solicitante debe apersonarse por su oficina regional y entregarle una copia debidamente firmada.

II. La fecha consignada en el FSJ para que retorne el Solicitante a la Gestora, no podrá ser mayor a los diez (10) días hábiles administrativos de suscrito el mismo. La Gestora informará al Solicitante que debe presentarse en la fecha indicada a objeto de notificarse con las observaciones que pudieran tener sus documentos y revisar su EAP para continuar con el trámite; si el Solicitante no se presentara, el trámite quedará suspendido hasta su apersonamiento por la oficina regional de la Gestora, considerando que el Solicitante tiene doce (12) meses a partir de la fecha de solicitud para subsanar las observaciones de los documentos presentados.

ARTÍCULO 8.- (VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE AHORRO PREVISIONAL).-

I. A partir de la recepción y firma del FSJ, la Gestora tiene un plazo de diez (10) días hábiles administrativos de firmado el mismo para verificar el Estado de Ahorro Previsional, en adelante EAP.

II. La verificación del EAP se realizará siguiendo lo establecido a continuación:

- a) Verificar que en el EAP figuren todas las cotizaciones obligatorias y/o adicionales del Asegurado, comprobando, entre otros, que:
 1. No existan cotizaciones pagadas, no acreditadas en la Cuenta Personal Previsional, en adelante CPP, del Asegurado.
 2. La Cotización Mensual corresponda al diez por ciento (10%) del Total Ganado o Ingreso Cotizable.
 3. Exista coherencia en los Empleadores del Asegurado, entre periodos y en un mismo periodo, cuando corresponda.
 4. Exista coherencia en los Totales Ganados correspondientes a un mismo Empleador, verificando que cualquier baja en monto hubiera sido debidamente reportada en novedades del FPC o se encuentre en proceso de cobranza como mora.

5. El(los) Empleador(es) que figure(n) en el EAP no tenga(n) contribuciones en mora, o de ser así, se encuentre con proceso de cobranza.
 6. Comprobar que todos los montos y datos que figuran en el EAP, correspondan a los Formularios de Pago de Contribuciones declarados por el(los) Empleador(es), o el Asegurado en caso de Independientes o Consultores.
- b) Realizada la verificación y de encontrarse diferencias, omisiones o cualquier observación, la Gestora deberá proceder a rectificar las mismas.
 - c) En caso de existir periodos pagados por adelantado, éstos deberán ser acreditados en la CPP del Asegurado y expresarse en el EAP de acuerdo a normativa.
 - d) Identificar los Totales Ganados correspondientes a menos de veinte (20) días, conforme a la declaración del Empleador en el FPC.
 - e) Identificar y verificar los Totales Ganados menores a un Salario Mínimo Nacional vigente en la gestión a la que corresponde el Total Ganado.
 - f) Identificar si se hubieran realizado retiros de recursos de la CPP vía Retiros Mínimos, Retiro Final, Retiro Temporal por concepto de cotizaciones obligatorias, Devolución Total o Parcial.

III. En el evento que la Gestora verifique que en el EAP existen menos de cinco (5) Totales Ganados, dentro del plazo de tres (3) días hábiles administrativos de vencido el plazo de diez (10) días hábiles administrativos para la verificación del EAP, deberá solicitar la siguiente información y/o documentación:

- a) A los EGS, los Totales Ganados sobre los que se hubieran aportado para el Asegurado por dichos periodos.
- b) Al Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, Empleador y/o Asegurado, planillas de sueldos, boletas de pago y/o contrato de trabajo por dichos periodos.

Si las entidades consultadas no respondieran en el plazo de diez (10) días hábiles administrativos de recibida la solicitud, la Gestora considerará los montos de los Totales Ganados reportados en el EAP para el cálculo del Referente Salarial.

IV. Concluida la verificación, la Gestora deberá suscribir el EAP en señal de verificación y en caso de existir observaciones que requieran de la participación del Asegurado o que no hubieran podido ser rectificadas, adjuntar un detalle de las mismas.

ARTÍCULO 9.- (VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS).- I. Los documentos indicados en el parágrafo II. del artículo 6 anterior deberán ser revisados conforme a lo señalado en los artículos 9 y 89 del Anexo del D.S. 0822/11; y verificados contra la Base de Datos del Órgano Electoral Plurinacional, en adelante OEP.

Los documentos que sean presentados en original, no requieren ser verificados contra la Base de Datos del OEP; si la Gestora contara con los documentos originales en otro trámite, de los documentos entregados en fotocopia o no entregados, éstos no requerirán ser verificados.

II. La verificación de los documentos entregados o información declarada por el Solicitante, deberá efectuarse en un plazo de diez (10) días hábiles administrativos de suscrito el FSJ, debiéndose reportar en dicho formulario los resultados de la verificación.

III. Los tipos de resultados producto de la verificación se encuentran en el Anexo 3 de la presente Resolución Administrativa.

IV. Para los casos con resultado “E0 – Documento sin Observación”, la Gestora imprimirá el registro y considerará esta impresión como documento original que deberá ser archivado en el expediente del caso.

En los casos con resultado distinto a “E0”, la documentación presentada tiene observaciones y la Gestora deberá seguir lo establecido en el artículo siguiente.

V. Concluida la verificación, la Gestora deberá emitir el detalle de observaciones y/o errores, según corresponda y conforme a lo señalado en el parágrafo I. del presente artículo, sellará el FSJ con el texto “Documentación Observada”.

VI. Los documentos señalados en el numeral 3 del parágrafo II. del artículo 6. anterior, deberán ser remitidos a la APS para su verificación y pronunciamiento por parte del Tribunal Medico Calificador de Revisión, en adelante TMR.

ARTÍCULO 10.- (NOTIFICACIÓN).- I. Cuando el Solicitante se apersona a la Gestora en el plazo establecido en el FSJ, ésta deberá entregarle:

- a) El EAP del Asegurado verificado por la Gestora conforme al artículo 8 anterior, para que el Solicitante dé su conformidad mediante la firma del mismo, o señale las diferencias que puedan existir en los Totales Ganados (TG) o Ingresos Cotizables (IC) y periodos cotizados, así como en la información de sus Empleadores.
- b) En los casos que corresponda, una notificación con las observaciones y/o errores identificados, considerando lo establecido en el parágrafo siguiente.
- c) Una notificación informándole que ha efectuado retiros de la CPP, si corresponde.

II. La notificación señalará según corresponda que:

- a) Si existieran inconsistencias entre los documentos presentados y/o la información declarada por el Solicitante con las Bases de Datos de la

Gestora, éste deberá presentar la documentación requerida para la actualización de datos de registro, conforme a norma vigente.

- b) Cuando se hubieran reportado errores en la verificación de documentos presentados y/o información declarada por el Solicitante, éste deberá presentar los documentos observados, necesariamente en original. En los casos de errores con código "E2 y/o E3", el documento original a presentarse deberá adicionalmente estar emitido en fecha posterior a la fotocopia presentada para la suscripción del FSJ, debiendo la Gestora verificar la validez de la misma conforme señala el parágrafo V. del artículo 9 del Anexo del D.S. 0822/11

III. La notificación deberá señalar expresamente que, en el marco del artículo 9 del Anexo del D.S. 0822/11, el Solicitante tiene doce (12) meses a partir de la fecha de suscripción del FSJ para presentar los documentos requeridos y/o actualizar sus datos en el registro; caso contrario el trámite será anulado, pudiendo el Solicitante iniciar un nuevo trámite en cualquier momento.

Adicionalmente, cuando se hubieran efectuado retiros de la CPP, la notificación deberá señalar que el Solicitante, conforme lo establecido en el artículo 82 de la Ley N° 065, deberá reponer los montos retirados por concepto de Cotizaciones Mensuales más la rentabilidad que hubieran generado en el SIP, siempre y cuando el Asegurado cumpliera requisitos de acceso a la Pensión de Solidaria de Vejez y éste decidiera optar por la misma; caso contrario no está obligado a devolver los retiros.

ARTÍCULO 11.- (OBSERVACIONES AL EAP).- I. Si el Solicitante tuviera observaciones al EAP, la Gestora deberá volver a verificarlo en el plazo de diez (10) días hábiles administrativos de notificado el Solicitante, en función a las observaciones y/o documentación de respaldo que presente el Solicitante.

II. Si resultado de la verificación se determinara que existen periodos en mora, la Gestora procederá a determinar si el trámite cumple requisitos de acceso de acuerdo a lo establecido en los artículos siguientes, debiendo consignar los periodos adeudados en el respectivo certificado, cuando corresponda.

ARTÍCULO 12.- (VISTO BUENO).- I. Transcurrido el plazo para la verificación del EAP y de la documentación de acreditación, la Gestora sellará el FSJ con el **Visto Bueno** (VoBo) en los siguientes casos:

- a) Cuando el trámite no tuviera observación a los documentos de acreditación y el EAP se encontrara verificado, sin observaciones o con periodos en mora y firmado por el Solicitante, y
- b) En los trámites con observaciones que hubieran sido subsanadas y el EAP se encuentre verificado o con periodos en mora y firmado por el Solicitante.

Una vez que el FSJ cuente con el Visto Bueno, la Gestora dará curso al trámite conforme lo establecido en el D.S. 0822/11 y la presente Resolución Administrativa.

II. El VoBo en los trámites con documentación observada, deberá efectuarse en el plazo de cinco (5) días hábiles administrativos de recibida la documentación para subsanar la observación y/o actualizar los datos del registro del Asegurado, según corresponda.

ARTÍCULO 13.- (ANULACIÓN DEL TRÁMITE).- El trámite de solicitud de Jubilación que tuviera observaciones, será anulado al día hábil administrativo siguiente de transcurridos los doce (12) meses de suscrito el FSJ, si el Solicitante no hubiera presentado documentación para subsanar las observaciones y/o actualizar los datos del registro del Asegurado.

ARTÍCULO 14.- (REFERENTES SALARIALES Y CERTIFICADO DE SALDOS Y ACTUALIZACIÓN DE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES).- I. Hasta el quinto (5°) día hábil administrativo de sellado el Visto Bueno en el FSJ, la Gestora deberá emitir el Formulario de Referente Salarial de Vejez y Referente Salarial Solidario de Vejez cuando corresponda, así como el Certificado de Saldos y Actualización de Compensación de Cotizaciones (CC) que se encuentran en el Anexo 6, respectivamente, de la presente Resolución Administrativa. El contenido de dichos documentos es de uso obligatorio por parte de la Gestora.

II. En caso que la Gestora requiera información sobre los Salarios Cotizables del SENASIR, dentro del plazo de seis (6) días hábiles administrativos de estampado el Visto Bueno en el FSJ deberá solicitar los mismos mediante nota. Si el SENASIR no respondiera en el plazo de diez (10) días hábiles administrativos de haber recibido la solicitud, la Gestora procederá a calcular el Referente Salarial de Vejez y Referente Salarial Solidario de Vejez cuando corresponda, con la información que tenga. En estos casos, los plazos se suspenden hasta la recepción de la respuesta del SENASIR o de transcurridos los diez (10) días hábiles administrativos.

III. El cálculo del Referente Salarial de Vejez y del Referente Salarial Solidario de Vejez cuando corresponda, deberán realizarse considerando lo establecido en el D.S. 0822/11 y en el Decreto Supremo N° 1888 de 04 de febrero de 2014 (D.S. 1888/14) tomando en cuenta lo siguiente:

- a) Para la aplicación del mantenimiento de valor, los últimos doce (12) meses calendario inmediatamente previos a la fecha de solicitud deberán considerarse en bolivianos corrientes.
- b) Se considerarán los Totales Ganados o Ingresos Cotizables conforme al Estado de Ahorro Previsional (EAP) verificado por la Gestora, hasta el Total Ganado o Ingreso Cotizable correspondiente al período anterior a la fecha de solicitud siempre que hubieran sido pagados con anterioridad a esa fecha; toda vez que en el SIP no se registra la hora de pago ni la hora de presentación de solicitud, se considerará como pago anterior a la fecha de solicitud, incluso aquellos que hubieran sido pagados en el mismo día de efectuada la solicitud.

- c) Se considerarán los periodos pagados por adelantado, hasta un máximo de doce (12), siempre que hubieran sido pagados con anterioridad a la fecha de solicitud considerando lo señalado en el inciso b) anterior respecto a la fecha de pago. Éstos deberán ser considerados en bolivianos corrientes.
- d) No se considerarán los Aportes del diez por ciento (10%) correspondientes a la Pensión de Invalidez o al Referente Salarial de Riesgos.
- e) No se considerarán los periodos que hubieran sido retirados de la CPP por concepto de Cotizaciones Mensuales, salvo para propósitos de determinar si el Asegurado podría acceder a una Pensión Solidaria de Vejez.
- f) Conforme a lo señalado en el artículo 13 del Anexo del D.S. 0822/11 modificado por el parágrafo I. del artículo 2. del D.S. 1888/14, los Totales Ganados que correspondan a menos de treinta (30) días calendario, deberán ser mensualizados siempre y cuando cuenten con la declaración de novedades en el FPC y/o FDNIR y considerando lo señalado en el parágrafo IV. siguiente.
- g) Cuando en un mismo periodo el Asegurado tenga más de un Total Ganado o Ingreso Cotizable, se deberán sumar los mismos para determinar el Total Ganado o Ingreso Cotizable correspondiente a dicho periodo.

IV. Para la mensualización de Totales Ganados señalada en el inciso f) anterior, la Gestora deberá verificar que el FPC correspondiente al periodo a mensualizarse reporte necesariamente una novedad conforme a la Circular APS/DP/343-2018 de 28 de noviembre de 2018, llenándose las columnas novedad y fecha de novedad en el FPC, y además considerar que cuando:

- a) El FPC señale como días trabajados para el mes de febrero, veintiocho (28) días o veintinueve (29) cuando sea año bisiesto, no corresponderá la mensualización, independientemente de que se hubiera reportado con novedades.
- b) En un mismo periodo el Asegurado tenga más de un Empleador que reporte Novedad y la suma de los días trabajados de éstos, sea igual o mayor a treinta (30), no corresponderá la mensualización.
- c) En un mismo periodo el Asegurado tenga más de un Empleador con reporte de Novedades, y la suma de los días trabajados de éstos sea menor a treinta (30); en este caso se mensualizará el Total Ganado más alto de manera que la suma de los Totales Ganados del periodo correspondan a treinta (30) días, conforme a lo siguiente:

$$TG_m = TG_1 + TG_n + [(TG_{na}/na) * (30-(n_1+n))]$$

Donde:

TG_m = Total Ganado mensualizado

TG₁ = Total Ganado con Empleador 1

TG_n = Totales Ganados con Empleador 2 al n

n₁ = días a los que corresponde el TG₁

n = días a los que corresponde el TG_2 al TG_n

TG_{na} = Total Ganado más alto con el Empleador x

n_a = días a los que corresponde el Total Ganado más alto (TG_{na})

Ejemplo:

$TG_1 = Bs1000$ y $n_1 = 10$,

$TG_2 = Bs 600$ y $n_2 = 3$, y

$TG_{na} = Bs1600$ y $n_a = 14$

$TG_m = 1000 + 600 + [(1600/14) * (30-(10+3))] = 1000 + 600 + 1.942,86 = Bs3.542,86$

- d) Los Totales Ganados que correspondan a menos de treinta (30) días y que no sean reportados como novedades o siendo reportados como novedad presenten inconsistencias conforme a lo señalado en la Circular APS/DP/343/2018, no serán mensualizados.

ARTÍCULO 15.- (DENSIDAD DE APORTES).- I. En el cálculo de la Densidad de Aportes, se considerarán los periodos hasta la fecha de solicitud, siempre que hubieran sido pagados antes de la solicitud, a los cuales se les deberá incluir los periodos pagados por adelantado y con anterioridad a dicha fecha.

Conforme a lo señalado en los incisos b) y c) del párrafo III. del artículo 14, se considerará como pago anterior a la fecha de solicitud, a aquellos que hubieran sido pagados incluso en el mismo día de efectuada la solicitud.

II. Si en un mismo periodo el Asegurado tuviera más de un Aporte, éste será contabilizado como uno solo, a objeto de determinar la Densidad de Aportes; los Aportes del diez por ciento (10%) correspondientes a la Pensión de Invalidez o del Referente Salarial de Riesgos serán considerados para determinar la Densidad de Aportes del Asegurado.

III. Si en la verificación del EAP se hubieran identificado Totales Ganados menores a un Salario Mínimo Nacional vigente en la gestión calendario a la que corresponde el Total Ganado que no cuenten con declaración de novedades en el FPC, se deberá considerar lo siguiente:

- 1) Determinar el número de días al que corresponde el Total Ganado con relación a un Salario Mínimo Nacional vigente, considerando treinta (30) días calendario en el mes.
- 2) Si el monto del Total Ganado corresponde a menos de veinte (20) días calendario, el aporte no deberá ser considerado en la Densidad de Aportes.

IV. Conforme a lo establecido en el artículo 91 del Anexo del D.S. 0822/11, los Totales Ganados identificados en la verificación del EAP correspondientes a menos de veinte (20) días, no serán considerados para determinar la Densidad de Aportes del Asegurado.

V. Únicamente con el propósito de verificar si el Solicitante que hubiera efectuado retiros de la CPP por concepto de Cotizaciones Mensuales, podría acceder a una Pensión Solidaria de Vejez, la Gestora deberá, adicionalmente, determinar la Densidad de Aportes considerando como si los periodos retirados hubieran sido repuestos y calcular el Referente Salarial Solidario de Vejez.

VI. En el marco de lo señalado en el artículo 77 de la Ley N° 065/2010, en el caso de Aseguradas, la Gestora deberá considerar el incremento de la Densidad de Aportes por hijos nacidos vivos cuando corresponda.

ARTÍCULO 16.- (VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE ACCESO).- I. Hasta el décimo (10°) día hábil administrativo de sellado el Visto Bueno, la Gestora deberá verificar los requisitos de acceso a la Pensión de Vejez y Pensión Solidaria de Vejez cuando corresponda.

II. En el cálculo de la Fracción de Saldo Acumulado, la Gestora deberá considerar:

- a) Los porcentajes de asignación para Derechohabientes de Primer y Segundo Grado establecidos en el D.S. 0822/11, y para los Derechohabientes de Tercer Grado, los porcentajes establecidos por el Asegurado no pudiendo superar el sesenta por ciento (60%).
- b) El Saldo Acumulado en la CPP del Asegurado a fecha de solicitud, conforme al EAP verificado, utilizando el Valor Cuota vigente a fecha de solicitud.

III. En los casos de Asegurados Mineros, los Límites Solidarios establecidos en el artículo 131 de la Ley N° 065, modificado por el artículo 2 de la Ley N° 430 del 7 de noviembre de 2013 (Ley N° 430/13) y posteriormente por el artículo 2 de la Ley N° 985 de 24 de octubre de 2017 (Ley N° 985/17), se aplicarán cuando el Asegurado, conforme los artículos 1 y 101 del Anexo del D.S. 0822/11, cuente con al menos diez (10) años de trabajo en el área productiva del sector minero metalúrgico público o privado; los años de trabajo en Cooperativas Mineras no serán considerados para este propósito.

Para determinar esta situación, la Gestora deberá considerar la siguiente información:

- a) Certificado de Trabajo Insalubre emitido por el Departamento de Medicina del Trabajo del Ente Gestor de Salud que corresponda, en el cual se detallan los periodos, puestos de trabajo y Empleador, y/o
- b) Carta del Empleador que se constituye en Declaración Jurada, que detalle los periodos y tiempo trabajado por el Asegurado en el área productiva de su empresa.

IV. En los casos de Asegurados Mineros Cooperativistas, los Límites Solidarios a utilizarse corresponderá a los establecidos en el artículo 17 de la Ley N° 065, modificado por la Ley N° 430/13 y posteriormente por la Ley N° 985/17.

ARTÍCULO 17.- (REDUCCIÓN DE EDAD).- I. En los casos de Asegurados Mineros y Asegurados Mineros Cooperativistas, la Gestora deberá considerar la reducción de edad por trabajo insalubre para el acceso a la Pensión de Vejez o Solidaria de Vejez, según corresponda.

II. La Gestora verificará los años de trabajo insalubre en el Certificado de Trabajo Insalubre emitido por el Departamento de Medicina del Trabajo del Ente Gestor de Salud que corresponda, entregado por el Asegurado junto a su FSJ.

III. En los casos de Aseguradas, la Gestora deberá considerar la reducción de edad cuando corresponda, en el marco de lo establecido en el artículo 78 de la Ley N° 065/2010.

ARTÍCULO 18.- (DECLARACIÓN DE PENSION DE JUBILACIÓN).- I. Hasta el onceavo (11°) día hábil administrativo de sellado el Visto Bueno, la Gestora deberá notificar al Solicitante:

- a) Con la nota de rechazo de su trámite si corresponde, y considerando lo señalado en el párrafo I. del artículo siguiente.
- b) Informándole que debe apersonarse por la Gestora para suscribir la Declaración o Convenio de Pensión, y la fecha de pago de la Pensión, considerando lo señalado en el párrafo siguiente.
- c) En el caso de Asegurados de cincuenta y ocho (58) años de edad o más con menos de ciento veinte (120) Aportes y que financian una Pensión de Vejez igual o mayor al sesenta por ciento (60%) de un SMN y menor al sesenta por ciento (60%) de su Referente Salarial de Vejez, informándole que debe apersonarse por la Gestora para suscribir el Formulario de Selección de Beneficio establecido en la Resolución Administrativa APS/DPC/DJ N° 168/2014 de 10 de marzo de 2014, y lo señalado en el párrafo II. del artículo 19 siguiente.

Previo a la suscripción del Formulario de Selección de Beneficio, la Gestora debe notificar al solicitante con el monto de Pensión de Vejez al que podría acceder.

II. Conforme con el artículo 21 del Anexo del D.S. 0822/11, si el Solicitante suscribe la Declaración o Convenio de Pensión hasta el día quince (15) del mes inclusive, el pago de la Pensión se realizará a partir de dicho mes; si por el contrario la suscripción de la Declaración de la Pensión se realizara después del día quince (15) del mes, el pago se iniciará a partir del mes siguiente. Juntamente con el primer pago de Pensión, la Gestora deberá pagar los periodos devengados que corresponda.

III. A la firma de la Declaración de Pensión, el Asegurado deberá suscribir el Formulario de Declaración Jurada sobre Doble Percepción de Fracción Solidaria, establecido en el Anexo 4 de la presente Resolución Administrativa.

ARTÍCULO 19.- (TRÁMITES RECHAZADOS).- I. Los trámites que no accedan a Pensión de Vejez o Pensión Solidaria de Vejez debido a que efectuaron retiros de la CPP por concepto de Cotizaciones Mensuales, pero que pudieran acceder a una Pensión Solidaria de Vejez con la reposición de los retiros efectuados, deberán ser notificados por la Gestora con la nota de rechazo, informándole al Solicitante que si repone los retiros efectuados de la CPP más la rentabilidad que éstos hubieran generado en el SIP, podría acceder a una Pensión Solidaria de Vejez, y que para este efecto deberá apersonarse por la Gestora a objeto de suscribir el Formulario de Reposición de Retiros, que consta en el Anexo 5 de la presente Resolución Administrativa.

II. El Asegurado de cincuenta y ocho (58) años de edad o más que teniendo menos de ciento veinte (120) Aportes, financie una Pensión de Vejez igual o mayor al sesenta por ciento (60%) de un Salario Mínimo Nacional vigente a fecha de solicitud y menor al sesenta por ciento (60%) de su Referente Salarial de Vejez, podrá elegir entre:

- a) Una Pensión de Vejez, o
- b) Retiros Mínimos/Retiro Final con el Saldo Acumulado en su CPP y Pago de CCM cuando corresponda.

Previo a la elección señalada en el presente párrafo, la Gestora debe notificar al solicitante con el monto de Pensión de Vejez al que podría acceder.

III. Conforme al artículo 62 del Anexo del D.S. 0822/11 modificado por el párrafo VI del artículo 2 del D.S. 1888/14, para el caso de los Asegurados Mineros y Asegurados Mineros Cooperativistas, se considerará la edad de cincuenta y seis (56) años y se aplicará la reducción de edad por trabajos insalubres, según corresponda.

SECCIÓN III TRÁMITES DE PENSIÓN POR MUERTE

ARTÍCULO 20.- (INICIO DE TRÁMITES DE PENSIÓN POR MUERTE).- I. Las solicitudes de Pensión por Muerte de Asegurados fallecidos deberán seguir el procedimiento establecido en la sección II anterior, considerando adicionalmente lo determinado en los artículos siguientes y en los casos de Asegurados con Pensión a cargo de una Entidad Aseguradora, la Resolución Administrativa APS/DJ/DPC/N° 656/2016 de 20 de mayo de 2016.

II. La documentación que deberá adjuntarse a la solicitud es la señalada en los incisos a) y b) del párrafo I. del artículo 4 anterior, y adicionalmente la siguiente:

1. Fotocopia de los FPC, solo si el Asegurado tiene Aportes pagados por adelantado, cuya fecha de pago sea anterior a la fecha de fallecimiento.

2. Certificado de Trabajo Insalubre emitido por el Departamento de Medicina del Trabajo del Ente Gestor de Salud que corresponda, en original, si corresponde.
3. Resolución de Invalidez emitida por el Ente Gestor de Salud, en adelante EGS, o documentación técnica médica que avale el estado psicofísico del Derechohabiente, en caso de hijos inválidos
4. Certificado de Estudios original, cuando corresponda.

PARTE I ASEGURADOS FALLECIDOS MENORES DE 65 AÑOS

ARTÍCULO 21.- (DOCUMENTACIÓN).- I. En los trámites de Asegurados fallecidos menores de sesenta y cinco (65) años de edad, cuyo Certificado de Defunción no consigne la causa de fallecimiento o señale como causa de fallecimiento "Paro Cardiorespiratorio", al momento de firmar el Formulario de Solicitud de Pensión por Muerte, en adelante FSM, la Gestora deberá notificar al Solicitante que tiene un plazo máximo de sesenta (60) días calendario para presentar documentación que certifique la causa específica de fallecimiento; caso contrario el fallecimiento será calificado como enfermedad por Riesgo Común, de conformidad con lo establecido por el artículo 135 del Anexo del D.S. 0822/11.

II. El Solicitante podrá comunicar mediante nota escrita que no presentará documentación adicional que certifique la causa de muerte del Asegurado, en cuyo caso no habrá necesidad de esperar los sesenta (60) días señalados en el parágrafo I. anterior.

III. La verificación del EAP y de la documentación y/o información se realizará conforme al procedimiento y plazos establecidos en los artículos 8 al 11 anteriores.

ARTÍCULO 22.- (VISTO BUENO).- I. Vencido el plazo para la verificación de los documentos de acreditación y el EAP, la Gestora procederá a sellar el Visto Bueno en el FSM, en cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Cuando se cumpla lo establecido en el artículo 12 anterior, o
- b) A los tres (3) días hábiles administrativos siguientes de entregada la documentación que respalda la causa específica de fallecimiento, o de presentada la nota señalada en el parágrafo II del artículo 21 anterior, o
- c) Transcurridos los sesenta (60) días calendario establecidos para la presentación de la documentación que respalde la causa de fallecimiento.

II. El VoBo en trámites con observaciones deberá efectuarse dentro el plazo de los cinco (5) días hábiles administrativos de recibida la documentación para subsanar la observación y/o actualizar los datos del registro del Asegurado.

III. Al día hábil administrativo siguiente de sellado el FSM, la Gestora remitirá la documentación para la calificación al Tribunal Medico Calificador, en adelante TMC.

ARTÍCULO 23.- (DETERMINACIÓN DE REFERENTES SALARIALES Y VERIFICACIÓN DE ACCESO Y/O CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE COBERTURA).- I. En el plazo máximo de cuatro (4) días hábiles

administrativos de recibido el Dictamen y el Formulario de Fecha de Siniestro, la Gestora procederá a calcular el Referente Salarial de Riesgos y a determinar si el Asegurado cumple con los requisitos de cobertura conforme a lo establecido en el Capítulo II siguiente. De tener el Asegurado fallecido Aportes efectuados por adelantado, éstos se considerarán únicamente hasta el periodo de fallecimiento, conforme a normativa vigente.

II. A partir del Visto Bueno y siguiendo el procedimiento y plazos establecidos en los artículos 14 al 17 anteriores, la Gestora determinará el Referente Salarial de Vejez, Referente Salarial Solidario de Vejez cuando corresponda y la Densidad de Aportes considerando los Totales Ganados o Ingresos Cotizables efectivamente pagados, conforme a normativa. Adicionalmente, la Gestora verificará si el Asegurado cumple con los requisitos de acceso a la Pensión por Muerte derivada de Vejez y a la Pensión por Muerte derivada de Solidaria de Vejez cuando corresponda.

III. Con el propósito de realizar la comparación de Pensiones, la determinación de la Fracción de Saldo Acumulado de la Pensión por Muerte derivada de Vejez o de Solidaria de Vejez deberá efectuarse considerando el Saldo Acumulado menos las Cotizaciones Adicionales a fecha de solicitud. En los casos de Asegurados fallecidos sin Pensión o con Pensión de Invalidez en el SIP, la Gestora deberá considerar lo establecido en el inciso b) del artículo 168 del Anexo del D.S. 0822/11.

IV. En los casos en los que hubiera Derechohabientes de Tercer Grado declarados, para propósitos de la comparación, la Gestora deberá, conforme a lo establecido en el artículo 102 del Anexo del D.S. 0822/11, proceder a:

- a) Calcular el número de Unidades de Vejez sin considerar a los Derechohabientes de Tercer Grado, en los casos de Asegurados sin Pensión de Jubilación o de Vejez.
- b) Recalcular el número de Unidades Vitalicias y/o Unidades de Vejez sin considerar a los Derechohabientes de Tercer Grado, en los casos de Asegurados con Pensión de Jubilación o de Vejez.

ARTÍCULO 24.- (COMPARACIÓN DE PENSIONES).- I. Al día hábil administrativo siguiente de calculados los Referentes Salariales, y de conformidad con el artículo 167 del Anexo del D.S. 0822/11, la Gestora procederá a comparar únicamente las Pensiones por Muerte para las que el Asegurado cumple requisitos y otorgará a los Derechohabientes la Pensión cuyo monto sea el más alto, considerando lo establecido en los artículos siguientes.

II. Para los casos señalados en el párrafo IV. del artículo anterior, la Gestora realizará la comparación de Pensión por Muerte derivada de Riesgos con la Pensión por Muerte derivada de Vejez y/o Solidaria de Vejez, sin considerar a los Derechohabientes de Tercer Grado.

III. La comparación de Pensiones deberá registrarse en el Formulario de Comparación de Pensiones, debiéndose archivar el mismo en el expediente del caso.

ARTÍCULO 25.- (COMPARACIÓN DE PENSIONES DE ASEGURADOS FALLECIDOS CON PENSIÓN DE JUBILACIÓN, DE VEJEZ O DE SOLIDARIA DE VEJEZ).- I. Al fallecimiento de un Asegurado con Pensión de Jubilación (Mensualidad Vitalicia Variable o Seguro Vitalicio), Pensión de Vejez o Solidaria de Vejez, la Gestora comparará los siguientes conceptos:

- a) El resultado de sumar las Pensiones que les corresponden a los Derechohabientes en Jubilación, Vejez o Solidaria de Vejez, considerando lo establecido en los artículos 23 y 24 anteriores.
- b) El resultado de sumar las Pensiones de Riesgos que les corresponden a los Derechohabientes.

II. La Gestora otorgará a los Derechohabientes, la Pensiones por Muerte cuyo monto de Pensión sea el más alto entre los incisos a) y b) anteriores.

ARTÍCULO 26.- (COMPARACIÓN DE PENSIONES DE ASEGURADOS FALLECIDOS SIN PENSIÓN DE JUBILACIÓN, PENSIÓN DE VEJEZ O SOLIDARIA DE VEJEZ).- I. Al fallecimiento de un Asegurado sin Pensión de Jubilación, Pensión de Vejez o Solidaria de Vejez, la comparación para determinar si a los Derechohabientes les corresponde la Pensión por Muerte derivada de Riesgos o la Pensión por Muerte derivada de Vejez o de Solidaria de Vejez, deberá realizarse conforme al artículo 25 anterior.

II. La Gestora otorgará a los Derechohabientes, las Pensiones por Muerte cuyo monto de pensión sea el más alto entre los incisos a) y b) del artículo 25 anterior.

III. Para los casos de Asegurados con Pensión de Invalidez se deberá considerar adicionalmente lo establecido en el artículo 137 del Anexo del D.S. 0822/11.

ARTÍCULO 27.- (PENSIÓN POR MUERTE DERIVADA DE VEJEZ O DE SOLIDARIA DE VEJEZ).- En los casos en los que la Pensión por Muerte derivada de Vejez o de Solidaria de Vejez sea la de monto mayor, previo otorgamiento de la misma, la Gestora deberá recalcular la Fracción de Saldo Acumulado considerando el Saldo Acumulado en la CPP determinado conforme a normativa vigente, e incluyendo a los Derechohabientes de Tercer Grado cuando corresponda, y otorgará este monto a los Derechohabientes.

PARTE II ASEGURADOS FALLECIDOS DE 65 AÑOS DE EDAD O MÁS

ARTÍCULO 28.- (ASEGURADOS FALLECIDOS DE 65 O MÁS AÑOS DE EDAD).- Para los Asegurados fallecidos de sesenta y cinco (65) años o más, se deberá cumplir con lo establecido en la sección I precedente, en lo que corresponda.

ARTÍCULO 29.- (COMPARACIÓN DE PENSIONES).- I. Para los trámites de Pensión por Muerte de Asegurados que hubieran fallecido teniendo 65 años de edad o más, la comparación corresponderá únicamente entre la Pensión por Muerte derivada de Vejez y la Pensión por Muerte derivada de Solidaria de Vejez, por lo que la Fracción de Saldo Acumulado deberá considerar el Saldo Acumulado en la CPP determinado conforme a normativa vigente, y los Derechohabientes de Tercer Grado cuando corresponda.

II. La Gestora deberá otorgar la Pensión de monto mayor.

PARTE III DISPOSICIONES COMUNES PARA ASEGURADOS FALLECIDOS

ARTÍCULO 30.- (DECLARACIÓN DE PENSIÓN).- I. Al día hábil administrativo siguiente de realizada la comparación de pensiones y de haberse determinado la Pensión que se otorgará, la Gestora deberá notificar al Solicitante, según corresponda:

- a) Con la nota de rechazo, si corresponde y considerando lo establecido en el artículo 32 siguiente.
- b) Informándoles que para el pago de la primera Pensión por Muerte conforme al numeral 2 siguiente, los hijos de 18 años y hasta los 25 años, deberán presentar certificado de estudio para acceder a la misma, así como las características y plazos de presentación establecidos en la norma, y los mismos deberán apersonarse por la Gestora para:
 - 1. Suscribir la Declaración de Pensión, y
 - 2. La fecha de pago de la pensión, conforme a lo señalado en el artículo 21 del Anexo del D.S. 0822/11.
- c) En el caso de Asegurados fallecidos de cincuenta y ocho (58) años o más de edad con menos de ciento veinte (120) Aportes y que financian una Pensión por Muerte igual o mayor al sesenta por ciento (60%) del SMN vigente a fecha de solicitud multiplicado por el porcentaje de asignación de Derechohabientes, informándoles que debe apersonarse por la Gestora para suscribir el Formulario de Selección de Beneficio establecido en la Resolución Administrativa APS/DPC/DJ N° 168/2014 de 10 de marzo de 2014, y lo señalado en el parágrafo II del artículo 19 anterior.

Previo a la suscripción del Formulario de Selección de Beneficio, la Gestora debe notificar al solicitante con el monto de Pensión de Vejez al que podría acceder.

II. Si el Derechohabiente suscribe la Declaración de Pensión hasta el día quince (15) del mes inclusive, el pago de la Pensión se realizará a partir de dicho mes; si por el contrario la suscripción de la Declaración de Pensión se realizará después del día quince (15) del mes, el pago se iniciará a partir del mes siguiente.

ARTÍCULO 31.- (FINANCIAMIENTO).- I. De conformidad con el artículo 170 del Anexo del D.S. 0822/11, las Pensiones por Muerte se financiarán con los siguientes recursos:

a) Cuando la Pensión por Muerte más favorable para los Derechohabientes del Asegurado fallecido sin Pensión de Jubilación, Pensión de Vejez o Solidaria de Vejez sea:

1. La Pensión por Muerte derivada de Riesgos; ésta será financiada con recursos de la Cuenta de Siniestralidad o Cuenta de Riesgo Profesional/Laboral del Fondo Colectivo de Riesgos según corresponda, al que se fusionará el Saldo Acumulado en la Cuenta Personal Previsional del Asegurado, conforme al artículo 34 siguiente.
2. La Pensión por Muerte derivada de Vejez o Solidaria de Vejez; ésta será financiada por el Saldo Acumulado en la Cuenta Personal Previsional del Asegurado, la CCM a partir de la fecha en que el Asegurado hubiera cumplido la edad de cincuenta y ocho (58) años y la Fracción Solidaria cuando corresponda.

b) Cuando la Pensión por Muerte más favorable para los Derechohabientes del Asegurado fallecido con Pensión de Jubilación, Pensión de Vejez o Solidaria de Vejez sea:

1. La Pensión por Muerte derivada de Jubilación, Pensión de Vejez o de Solidaria de Vejez; ésta será financiada con los mismos recursos con los que se financiaba la Pensión del Asegurado, a la que se aplicarán los porcentajes de asignación de Derechohabientes.
2. La Pensión por Muerte derivada de Riesgos; ésta será financiada con los recursos con los que se financiaba la pensión del Asegurado a la que se aplicarán los porcentajes de asignación de Derechohabientes más la Fracción de Riesgos, ésta última con recursos de la Cuenta de Siniestralidad o Cuenta de Riesgo Profesional/Laboral del Fondo Colectivo de Riesgos según corresponda y que corresponderá al producto de restar a:
 - i. La Pensión por Muerte derivada de Riesgos en los porcentajes de asignación que les corresponda a los Derechohabientes,
 - ii. La Pensión por Muerte derivada de Jubilación, Pensión de Vejez o de Solidaria de Vejez en los porcentajes de

asignación que les corresponda a los Derechohabientes, y considerando en la Fracción de Saldo Acumulado únicamente a Derechohabientes de Primer y Segundo Grado, según corresponda.

II. Para los casos de Asegurados fallecidos que hubieran tenido una Pensión financiada a través de una Entidad Aseguradora, la Gestora deberá considerar lo establecido en la Resolución Administrativa APS/DJ/DPC/N° 656/2016 de 20 de mayo de 2016.

ARTÍCULO 32.- (TRÁMITES RECHAZADOS).- I. En los casos de trámites rechazados, la Gestora deberá informar a los Derechohabientes:

- a) Si el rechazo es debido a que el Asegurado no cumple con los requisitos de cobertura de riesgos, y los Derechohabientes no pueden acceder a una Pensión por Muerte derivada de Vejez o Solidaria de Vejez, la Gestora deberá informar a éstos que podrían acceder, conforme al artículo 172 del Anexo del D.S. 0822/11 modificado por el parágrafo XVII del artículo 2 del D.S. 1888/14, a Retiros Mínimos o Retiro Final con el Saldo Acumulado en la CPP del Asegurado, y al Pago de CCM si corresponde, a partir de la fecha en que el Asegurado hubiera cumplido los 58 años de edad.
- b) Si el rechazo es porque el Asegurado no cumple con los requisitos de cobertura debido a la mora del Empleador, la Gestora informará a los Derechohabientes que éstos podrían acceder, en el marco del artículo 30 de la Ley N° 065/2010 al Pago Temporal de CC o al Pago de CCM conforme a lo establecido en el artículo 62 del Anexo del D.S. 0822/11, independientemente de la edad del Asegurado fallecido.

II. Si los Derechohabientes decidieran optar por el beneficio de Retiros Mínimos/Retiro Final y/o Pago Temporal de CC y/o Pago de CCM, éstos deberán suscribir el Formulario de Solicitud de Retiros Mínimos/Retiro Final y/o Formulario de Solicitud de CC (FSC) para Pago de CCM.

III. La fecha de solicitud que la Gestora debe consignar en el Formulario de Retiros Mínimos/Retiro Final corresponderá a la fecha de solicitud del FSM que dio origen al rechazo.

IV. La fecha de solicitud que la Gestora debe consignar en el FSC para Pago de CCM corresponderá a la fecha de solicitud del FSM que dio origen al rechazo en los casos comprendidos en el inciso a) anterior, siempre que el Asegurado fallecido hubiera tenido 58 años o más a la fecha de solicitud del FSM. En el evento que el Asegurado fallecido hubiera tenido menos de 58 años de edad a la fecha de suscripción del FSM, los Derechohabientes podrán solicitar el Pago de CCM a partir de la fecha en la que el Asegurado fallecido hubiera cumplido 58 años de edad, en cuyo caso la fecha de solicitud corresponderá a la fecha en la que el Derechohabiente suscriba el FSC para Pago de CC.

En los casos comprendidos en el inciso b) anterior, la fecha de solicitud del FSC para pago de CC corresponderá a la fecha de solicitud del FSM, siempre y cuando la CC se encuentre registrada a dicha fecha, caso contrario corresponderá a la fecha de suscripción del FSC.

SECCIÓN IV DISPOSICIONES COMUNES

ARTÍCULO 33.- (REPOSICIÓN DE SALDO ACUMULADO).- I. En los casos de Asegurados que hubieran efectuado retiro de Saldo Acumulado de su CPP por conceptos de Cotizaciones Mensuales, y que pudieran acceder a una Pensión Solidaria de Vejez, previo acceso a la misma y suscripción de otro FSJ, deberán reponer el monto retirado más los intereses que hubieran podido ser generados en el SIP.

II. En los casos de Asegurados fallecidos que hubieran efectuado el retiro de Saldo Acumulado de su CPP por conceptos de Cotizaciones Mensuales, y cuyos Derechohabientes pudieran acceder a una Pensión por Muerte derivada de Solidaria de Vejez o de Riesgos, previo acceso a la misma y suscripción de otro FSM, deberán reponer el monto retirado más los intereses que se hubieran generado en el SIP.

ARTÍCULO 34.- (TRANSFERENCIA DEL SALDO ACUMULADO).- I. El Saldo Acumulado en la CPP del Asegurado que hubiera accedido a Pensión de Vejez o a Pensión Solidaria de Vejez, deberá ser transferido al Fondo de Vejez.

II. En los casos de un Asegurado fallecido sin Pensión de Jubilación, de Vejez o Solidaria de Vejez, o Pago de CCM, cuyos Derechohabientes accedan a Pensión por Muerte derivada de Vejez o de Solidaria de Vejez, el Saldo Acumulado del Asegurado deberá ser transferido al Fondo de Vejez.

Por el contrario, si los Derechohabientes acceden a Pensión por Muerte derivada de Riesgos, el Saldo Acumulado deberá ser transferido a la Cuenta de Siniestralidad o Cuenta de Riesgo Profesional/Laboral del Fondo Colectivo de Riesgos según corresponda.

III. La Gestora deberá efectuar la transferencia de Saldo Acumulado en un plazo no mayor a los dos (2) días hábiles administrativos de firmada la Declaración de Pensión, utilizando el Valor Cuota vigente a fecha de transferencia.

CAPÍTULO II

TRÁMITES DE PENSIÓN POR RIESGOS SECCIÓN I RIESGO COMÚN

ARTÍCULO 35.- (PRESTACIÓN Y PENSIÓN POR RIESGO COMÚN).- La Prestación de Invalidez y Pensión por Muerte por Riesgo Común se otorga al

Asegurado o a sus Derechohabientes, siempre y cuando el Asegurado hubiera sido calificado con una invalidez igual o mayor al cincuenta por ciento (50%), o fallecido, como consecuencia de un accidente o enfermedad de origen común, conforme a lo establecido en los artículos 31 y 37 de la Ley N° 065.

ARTÍCULO 36.- (REQUISITOS DE COBERTURA POR RIESGO COMÚN).- I. La Prestación de Invalidez y Pensión por Muerte por Riesgo Común se paga al Asegurado o Derechohabiente, independientemente de si la causa del siniestro (invalidez o fallecimiento) es accidente o enfermedad, cuando el Asegurado cumpla con los siguientes requisitos de cobertura:

- a) Sea menor de sesenta y cinco (65) años de edad.
- b) Cuenten con al menos sesenta (60) cotizaciones pagadas al Sistema de Reparto, al SSO y/o al SIP.

Si el Asegurado tuviera menos de sesenta (60) cotizaciones, éste deberá contar con cotizaciones pagadas al menos durante la mitad del tiempo transcurrido entre:

1. La fecha de inicio del SSO o el inicio de la relación de dependencia laboral en el SSO o SIP para Asegurados Dependientes, y la fecha de siniestro, o
 2. La fecha de inicio del SSO o el mes de pago de la primera cotización al SSO o SIP para Asegurados Independientes, y la fecha de siniestro, o
 3. El mes de inicio de una nueva relación de dependencia laboral en el SSO y/o en el SIP, y el mes del siniestro, siempre que exista un periodo de cesantía de al menos sesenta (60) meses continuos entre mayo de 1997 y la fecha de la nueva relación de dependencia laboral.
- c) El siniestro se produzca mientras las primas son pagadas, y hasta doce (12) meses posteriores, computados a partir del mes siguiente en que se dejó de pagar las primas.
 - d) Cuando el siniestro sea causado por enfermedad, el Asegurado deberá contar adicionalmente, con primas pagadas al menos por dieciocho (18) meses en los últimos treinta y seis (36) previos a la fecha de siniestro.

Para este propósito se deberá considerar dentro de los treinta y seis (36) meses al mes del siniestro, siempre que la fecha del siniestro se encuentre comprendida entre el día dieciséis (16) y último día del mes, y siempre que la prima correspondiente a este mes hubiera sido pagada en los plazos establecidos para el efecto.

II. Para la verificación de requisitos de cobertura establecidos en los numerales 1. y 2. del inciso b) del párrafo I. anterior, la fecha de siniestro corresponderá:

- a) Al primer día del mes en que se produjo el siniestro, si éste hubiera ocurrido entre el dieciséis (16) y el último día del mes.

- b) Al primer día del mes anterior al mes del siniestro, si éste hubiera ocurrido entre el primero (1º) y quince (15) del mes inclusive.

Si la mitad del tiempo de cotizaciones requeridas no fuera un número entero, éste se redondeará al número inmediato inferior.

III. Si la fecha de siniestro, en los casos de invalidez, corresponde a un periodo, y dentro de éste hubiera un mes que le permita al Asegurado cumplir con los requisitos de cobertura, el mismo será considerado para la verificación de requisitos.

SECCIÓN II RIESGO PROFESIONAL

ARTÍCULO 37.- (PRESTACIÓN Y PENSIÓN POR RIESGO PROFESIONAL).- I. La Prestación de Invalidez por Riesgo Profesional se otorga al Asegurado Dependiente con incapacidad parcial o total como consecuencia de un accidente o enfermedad de origen profesional, y consiste en:

- a) Un pago único correspondiente a una Indemnización Global, cuando el grado de incapacidad sea igual o mayor al diez por ciento (10%) y menor al veinticinco por ciento (25%).
b) Si el grado de incapacidad es igual o mayor al veinticinco por ciento (25%), la Prestación de Invalidez corresponderá a lo establecido en el artículo 34 de la Ley N° 065.

II. La Pensión por Muerte por Riesgo Profesional se otorga a los Derechohabientes del Asegurado Dependiente que hubiera fallecido como consecuencia de un accidente o enfermedad de origen profesional siendo menor de sesenta y cinco (65) años de edad.

ARTÍCULO 38.- (REQUISITOS DE COBERTURA POR RIESGO PROFESIONAL).- I. Independientemente de si la causa de la invalidez o fallecimiento es accidente o enfermedad, la Prestación de Invalidez y Pensiones por Muerte por Riesgo Profesional se pagan al Asegurado Dependiente o a sus Derechohabientes, siempre que el Asegurado cumpla con los siguientes requisitos de cobertura:

- a) Sea menor de sesenta y cinco (65) años de edad.
b) Que la invalidez o fallecimiento sea de origen profesional.
c) Que la invalidez o fallecimiento, se produzca mientras el Asegurado se encuentra bajo relación de dependencia laboral y hasta doce (12) meses posteriores al mes de concluida la misma.

II. Para el Asegurado Minero aplicarán los incisos a) y b) del párrafo anterior, debiendo sustituirse el inciso c) por el siguiente texto:

“Que la invalidez o fallecimiento se produzca mientras el Asegurado se encuentre bajo relación de dependencia laboral y hasta dieciocho (18) meses posteriores al mes de concluida la misma.”

III. Para el Asegurado Minero Cooperativista aplicarán los incisos a) y b) del parágrafo I. anterior, debiendo sustituirse el inciso c) por el siguiente texto:

“Que la invalidez o fallecimiento se produzca mientras el Asegurado se encuentre inscrito y pagando sus primas, y hasta dieciocho (18) meses posteriores al mes correspondiente al último periodo pagado, siempre que éste hubiera sido pagado dentro los plazos establecidos.”

IV. Para la aplicación del inciso c) del parágrafo I. anterior, si bien la invalidez o fallecimiento del Asegurado puede ocurrir hasta doce (12) o dieciocho (18) meses después de concluida la relación de dependencia laboral o de haber dejado de pagar las contribuciones según corresponda, en caso de accidente de trabajo, éste necesariamente tiene que haber ocurrido mientras el Asegurado se encontraba bajo relación de dependencia laboral; por lo que un accidente ocurrido después de concluida la relación de dependencia laboral ya no se considera como accidente de trabajo.

SECCIÓN III RIESGO LABORAL

ARTÍCULO 39.- (PRESTACIÓN Y PENSIONES POR RIESGO LABORAL).- I. La Prestación de Invalidez por Riesgo Laboral se otorga al Asegurado Independiente con incapacidad parcial o total como consecuencia de un accidente o enfermedad de origen laboral, y consiste en:

- Pago único correspondiente a una Indemnización Global, cuando el grado de incapacidad sea igual o mayor al diez por ciento (10%) y menor al veinticinco por ciento (25%).
- Si el grado de incapacidad es igual o mayor al veinticinco por ciento (25%), la Prestación de Invalidez corresponderá a lo establecido en el artículo 45 de la Ley N° 065.

II. La Pensión por Muerte por Riesgo Laboral se otorga a los Derechohabientes del Asegurado Independiente que hubiera fallecido como consecuencia de un accidente o enfermedad de origen laboral siendo menor de sesenta y cinco (65) años de edad.

ARTÍCULO 40.- (REQUISITOS DE COBERTURA POR RIESGO LABORAL).- I. Independientemente de si la causa del siniestro es accidente o enfermedad, la Prestación de Invalidez y Pensión por Muerte se pagan al Asegurado Independiente o sus Derechohabientes según corresponda, siempre que el Asegurado cumpla con los siguientes requisitos de cobertura:

- Sea menor de sesenta y cinco (65) años de edad.

- b) Que la invalidez o fallecimiento se hubiera producido como consecuencia directa de la actividad o trabajo que desempeñaba el Asegurado.
- c) Tenga al menos tres (3) primas pagadas en los últimos doce (12) meses anteriores a la fecha del siniestro, pudiendo considerarse dentro éstos al mes del siniestro, si la fecha del siniestro está comprendida entre el dieciséis (16) y último día del mes.
- d) Que la invalidez o fallecimiento se produzca mientras las primas son pagadas y hasta nueve (9) meses posteriores al mes en que dejó de pagar las primas.

SECCIÓN IV DISPOSICIONES COMUNES

ARTÍCULO 41.- (TRÁMITES DE INVALIDEZ).- I. Para iniciar un trámite de invalidez, el Asegurado deberá apersonarse por la Gestora para suscribir el Formulario de Solicitud de Pensión de Invalidez (FSI) adjuntando los documentos señalados en los numerales 1 y 2 del inciso a) del parágrafo I. del artículo 4 anterior y adicionalmente la siguiente documentación:

- a) Formulario de Derivación del Ente Gestor de Salud, Formulario de Derivación y/o documentación médica referida a su invalidez, original.
- b) Fotocopia de su AVC, parte de ingreso o carnet de asegurado de su último Ente Gestor al que aportó el Asegurado o su Empleador, opcional.
- c) Documentación que certifique sobre las circunstancias en que ocurrió el accidente, cuando corresponda.

II. En caso de tener Derechohabientes de Primer o Segundo Grado, el Asegurado podrá declararlos en el FSI sin necesidad de adjuntar documentación de acreditación de los mismos. La Gestora deberá informar al Asegurado, que en caso de fallecer, si sus Derechohabientes se encuentran declarados, éstos podrían acceder a una Pensión por Muerte de corresponderles, desde fecha de fallecimiento; caso contrario, si no están declarados, la pensión, de corresponderles, será desde fecha de solicitud considerando lo señalado en el artículo 20 del Anexo del D.S. 0822/2011.

III. En el marco de lo señalado en el artículo 145 del Anexo del D.S. 0822/2011, la Gestora deberá llevar un registro de los formularios de accidentes de trabajo, de enfermedad y pre ocupacionales que le sean reportados por los Empleadores y/o Asegurados, por lo que una vez suscrito el FSI, independientemente de si el Asegurado hubiera adjuntado alguno de estos formularios, la Gestora deberá verificar en su registro la existencia de los mismos, debiendo imprimir una copia de todos aquellos que el Asegurado no hubiera presentado con su solicitud, para adjuntarlos a la misma, cuando corresponda.

ARTÍCULO 42.- (FECHA DE APERSONAMIENTO).- I. La Gestora deberá consignar en el FSI, la fecha en la que el Asegurado debe retornar a la Gestora para notificarse con:

- a) Las observaciones que pudieran tener sus documentos.
- b) Revisar su EAP.
- c) Requerimientos de documentación técnico médica complementaria y/o adicional que el TMC hubiera solicitado, si corresponde.

En caso de declarar el Asegurado Derechohabientes en su FSI, éste no requiere adjuntar documentación de los mismos.

II. La fecha de retorno no podrá ser mayor a los diez (10) días hábiles administrativos de suscrito el FSI, debiendo la Gestora entregar al Asegurado una copia del mismo debidamente firmada.

III. El procedimiento y plazo de verificación de la documentación de acreditación del Asegurado así como de su EAP, corresponderá a lo establecido en los artículos 8 y 9 del Capítulo I anterior.

IV. Cuando en el EAP se verifique la existencia de al menos sesenta (60) meses continuos sin aportes, a objeto de verificar la cesantía conforme a los artículos 32 y 38 de la Ley N° 065, al día hábil administrativo siguiente de vencido el plazo para la verificación del EAP, la Gestora deberá solicitar información sobre aportes a los EGS, y sobre planillas al Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social correspondientes a los meses sin aportes.

Si en el plazo de diez (10) días hábiles administrativos de solicitada la información, la Gestora no recibiera respuesta, ésta deberá continuar con la verificación de requisitos de cobertura considerando la cesantía determinada en el SIP.

Si las entidades remitieran información sobre aportes realizados en los meses consultados, la Gestora no considerará la cesantía para la verificación de requisitos de cobertura.

ARTÍCULO 43.- (VISTO BUENO).- Vencido el plazo para la verificación de los documentos de acreditación del Asegurado y de su EAP, la Gestora sellará el FSI con el Visto Bueno conforme a lo señalado en el artículo 12 del Capítulo I anterior.

ARTÍCULO 44.- (CALIFICACIÓN).- I. En el plazo máximo de cinco (5) días hábiles administrativos de recibido el FSI, la Gestora remitirá el expediente del caso al TMC para que proceda con la revisión y valoración del mismo utilizando el Manual Único de Calificación y se pronuncie, dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles administrativos de recibido el expediente, mediante Acta:

- a) Solicitando información que permita la calificación del trámite que podrá ser:
1. Formulario de Derivación del Ente Gestor de Salud o Formulario de Derivación, si corresponde, y/o
 2. Información técnico médica complementaria y/o adicional que respalde el diagnóstico, y/o
 3. Información laboral o de las circunstancias del accidente o actividad que desempeñaba el Asegurado, y/o
 4. Información de otra naturaleza que el TMC considere imprescindible para la calificación del caso.
- b) Emitiendo los siguientes documentos, si con la documentación técnico médica que consta en el expediente el caso es calificable:
1. Dictamen de Calificación y Formulario de Fecha de Siniestro,
 2. Informe Técnico Médico

II. Cuando la información que consta en el expediente fuera insuficiente, o presentara observaciones, contradicciones y/o inconsistencias, en el plazo de los cinco (5) días hábiles administrativos señalado en el parágrafo I anterior, el TMC, a través de la Gestora, solicitará al EGS del Asegurado, el Formulario de Derivación del EGS y/o la información técnico médica complementaria que respalde el diagnóstico para la calificación del caso, otorgándole un plazo de diez (10) días hábiles administrativos.

En el caso de Asegurados que no tuvieron ni tienen EGS, si la información del expediente presentara las características arriba mencionadas, en el plazo de los cinco (5) días hábiles administrativos de recibido el expediente, TMC a través de la Gestora, solicitará a los profesionales o centro médicos que hubieran emitido la documentación, el Formulario de Derivación y/o lo señalado en el inciso a) anterior, otorgándole un plazo de diez (10) días hábiles administrativos.

III. Si la documentación/información remitida por el EGS fuera incompleta o insuficiente, en el plazo de cinco (5) días hábiles administrativos de recibida la misma, la Gestora deberá reiterar la solicitud al EGS otorgándole un plazo de cinco (5) días hábiles administrativos. Si el EGS no diera respuesta en el plazo otorgado a lo solicitado o a la reiteración, la Gestora emplazará al mismo otorgándole cinco (5) días hábiles administrativos adicionales para que responda, e informándole que de no dar respuesta al requerimiento, se procederá, conforme al artículo 148 del Anexo del D.S. 0822/2011 modificado por el D.S. 1888/2014 y normativa vigente respectiva, con la compra de servicios técnico médicos, con cargo a los Seguros de Riesgo Común o Riesgos Profesional/Laboral según corresponda, y que se cursará la nota de débito al EGS para que reponga dichos costos más la rentabilidad que hubieran generado en el SIP.

En el caso de las solicitudes efectuadas a los profesionales o centros médicos señalados en el segundo párrafo del parágrafo II anterior, de no contar con respuesta en los diez (10) días hábiles administrativos, la Gestora procederá

con la compra de servicios técnico médicos conforme a normativa vigente respectiva con cargo a los Seguros de Riesgo Común o Riesgos Profesional/Laboral según corresponda.

IV. Si la documentación requerida para calificar el caso fuera competencia de otra instancia como ser Empleador, Departamento de Policía u otro en caso de verificación de la causa u origen de la invalidez, el TMC dentro de los cinco (5) días hábiles administrativos señalado en el parágrafo II anterior, a través de la Gestora, solicitará la información requerida.

V. Para los casos comprendidos en el inciso a) del parágrafo I. anterior, el TMC deberá emitir el Dictamen y Formulario de Fecha de Siniestro, así como el Informe Técnico Médico correspondiente en el plazo de cinco (5) días hábiles administrativos de recibida la documentación requerida.

ARTÍCULO 45.- (NOTIFICACIÓN).- I. Cuando el Asegurado se apersona a la Gestora en el plazo establecido en el FSI, ésta deberá entregarle:

- a) El EAP del Asegurado verificado por la Gestora conforme al artículo 8 anterior, para que el Solicitante dé su conformidad al mismo o señale las diferencias que puedan existir en los Totales Ganados o Ingresos Cotizables y periodos cotizados, así como en la información de sus Empleadores.
- b) En los casos que corresponda, una notificación con las observaciones y/o errores identificados, considerando lo establecido en el parágrafo siguiente.
- c) En caso de que el TMC hubiera determinado que no es posible calificar el caso con la documentación técnico médica presentada, una notificación informándole que se ha solicitado información técnico médica complementaria y/o adicional al EGS, profesional o centro médico que emitió la documentación que consta en el expediente, Empleador u otra entidad, según corresponda.

II. La notificación señalará según corresponda que:

- a) Si existieran inconsistencias entre los documentos presentados y/o la información declarada por el Asegurado con las Bases de Datos de la Gestora, éste deberá presentar la documentación requerida para la actualización de datos de registro, conforme a norma vigente.
- b) Cuando se hubieran reportado errores en la verificación de documentos presentados y/o información declarada por el Asegurado, éste deberá presentar los documentos observados, necesariamente en original. En los casos de errores con código "E2 y/o E3", el documento original a presentarse deberá adicionalmente estar emitido en fecha posterior a la fotocopia presentada para la suscripción del FSI.

III. La notificación deberá señalar expresamente que, en el marco del artículo 9 del Anexo del D.S. 0822/11, el Asegurado tiene doce (12) meses a partir de la fecha de suscripción del FSI para presentar los documentos requeridos y/o

actualizar sus datos en el registro; caso contrario el trámite será anulado, pudiendo el Asegurado iniciar un nuevo trámite en cualquier momento.

La Gestora deberá suspender la compra de servicios médicos y la emisión del Dictamen, cuando corresponda, en tanto el Asegurado no regularice las observaciones señaladas en el parágrafo II anterior.

IV. En caso de corresponder la notificación señalada en el inciso c) del parágrafo I. anterior, la notificación deberá señalar que el Asegurado debe apersonarse por su EGS o profesional/centro médico, según corresponda.

ARTÍCULO 46.- (REVISIÓN DE DICTAMEN).- I. Conforme establece el artículo 157 del Anexo del D.S. 0822/11, los Dictámenes y Formulario de Fecha de Siniestro emitidos por el TMC de la Gestora, serán pasibles de revisión por el TMR de la APS, pudiendo el Asegurado o Derechohabiente según corresponda y los Empleadores solicitar la revisión dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a su notificación, mediante nota escrita o suscribiendo el Formulario de Revisión de Dictamen que consta en el Anexo 6 de la presente Resolución Administrativa.

Las solicitudes presentadas en la Gestora deberán ser remitidas a la APS en un plazo de cinco (5) días hábiles administrativos de recibidas, adjuntando el expediente completo del caso. Si la solicitud fuera presentada en la APS, ésta solicitará el expediente completo a la Gestora que deberá remitirlo en los siguientes tres (3) días hábiles administrativos de recibida la misma.

II. Dentro de los cinco (5) días hábiles administrativos de recibida la solicitud de revisión, la APS verificará si la misma procede y dictará el correspondiente Auto de Admisión o de Rechazo.

III. Una vez notificado con el Dictamen y Formulario de Fecha de Siniestro, de estar de acuerdo con el mismo, el Asegurado o Derechohabiente según corresponda, podrá renunciar a su derecho de impugnación antes de vencido el plazo de los treinta (30) días calendario, siempre que de forma previa el Empleador no hubiera interpuesto una solicitud de revisión y/o el caso no se encuentre en control concurrente conforme a lo señalado en el artículo 160 del Anexo del D.S. 0822/2011 y modificado mediante el parágrafo XVI. del artículo 2 del Decreto Supremo N° 1888 de 04 de febrero de 2014.

IV. A partir de la presentación de la renuncia de impugnación por parte del Asegurado o Derechohabiente según corresponda, el dictamen con el Formulario de Fecha de Siniestro quedará firme en sede administrativa.

ARTÍCULO 47.- (REFERENTE SALARIAL DE RIESGOS).- I. Dentro el plazo máximo de diez (10) días hábiles administrativos de emitido el Dictamen y Formulario de Fecha de Siniestro por el TMC, la Gestora deberá calcular el Referente Salarial de Riesgos y determinar si el Asegurado cumple con los requisitos de cobertura.

II. Para el cálculo del Referente Salarial de Riesgos, la Gestora deberá considerar lo establecido en los artículos 15 y 16 del Anexo del D.S. 0822/11 y los párrafos siguientes.

III. Cuando el Asegurado hubiera efectuado una sola Contribución, y el Referente Salarial de Riesgos sea calculado con dicha cotización, la Gestora deberá considerar lo siguiente:

- a) Si la suma de los Totales Ganados correspondientes al periodo cotizado es menor a un Salario Mínimo Nacional vigente en la gestión calendario a la que pertenece dicho periodo, el Total Ganado deberá ser mensualizado conforme a lo siguiente:

$$TG_m = TG_p / [TG_p / (SMN / 30)] * 30$$

Donde:

TG_m = Total Ganado mensualizado

TG_p = Suma de los Total Ganado del periodo

SMN = Salario Mínimo Nacional vigente en la gestión a la que corresponde el TG_p

IV. Cuando dentro el periodo a considerarse para el cálculo del Referente Salarial de Riesgos existen Totales Ganados que correspondan a menos de treinta (30) días calendario, éstos deberán ser mensualizados únicamente cuando en el FPC con el que se pagó el Total Ganado para dicho periodo se hubiera reportado la novedad y considerando para la mensualización de Totales Ganados lo establecido en el párrafo IV del artículo 14 anterior.

V. Cuando la fecha de invalidez sea determinada como un periodo, para el cálculo del Referente Salarial, se considerarán los Totales Ganados o Ingresos Cotizables efectivamente pagados, anteriores a la fecha que le otorgue cobertura, considerando que la Pensión sea la más favorable para el Asegurado.

ARTÍCULO 48.- (NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN).- I. En el plazo de diez (10) días hábiles administrativos de emitido el Dictamen y Formulario de Fecha de Siniestro, la Gestora procederá a notificar los mismos conforme lo establecido en el artículo 153 del Anexo del D.S. 0822/11.

II. Juntamente con la notificación del Dictamen y Formulario de Fecha de Siniestro, la Gestora deberá informar al Asegurado:

- a) Si con el Dictamen y Formulario de Fecha de Siniestro notificado cumple requisitos de acceso y de ser así el monto de Pensión que le correspondería.
- b) Que el Dictamen es pasible de revisión dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a su notificación, por lo que:
1. De no estar de acuerdo con grado, origen, causa y/o fecha de invalidez, el Asegurado puede solicitar la revisión del Dictamen, mediante nota escrita o suscribiendo el Formulario de Revisión de Dictamen, salvo

cuando el Dictamen establezca un grado de invalidez igual o mayor al ochenta por ciento (80%) de origen profesional o laboral y tenga cobertura.

2. De estar de acuerdo con el dictamen, puede renunciar a su derecho de solicitar revisión, en cuyo caso, si no hubiera una solicitud de revisión previa y el caso no se encontrara en control concurrente, conforme a lo señalado en el artículo 160 del Anexo del D.S. 0822/2011 y modificado mediante el parágrafo XVI. del artículo 2 del Decreto Supremo N° 1888 de 04 de febrero de 2014, el Dictamen quedará ejecutoriado, no siendo necesario esperar el plazo de los treinta (30) días arriba señalados para continuar con su trámite.
- c) El procedimiento y plazos de recalificación.

III. En los casos en los que el Formulario de Fecha de Siniestro estableciera una Fecha de Invalidez posterior a la fecha de solicitud en más de seis (6) meses, y el Asegurado cumpliera, a fecha de invalidez, con los requisitos de cobertura y pudiera acceder a una Pensión de Invalidez en el SIP, la Gestora con la notificación de dictamen informará al Asegurado:

- a) Que su trámite, (una vez que el Dictamen se encuentre ejecutoriado considerando lo establecido en el artículo 154 del Anexo del D.S. 0822/2011), estaría rechazado con el formulario de solicitud de invalidez de fecha __ (detallar fecha del formulario de solicitud) __, pero que puede suscribir un nuevo formulario de solicitud en el que se consignará como fecha de solicitud la fecha de invalidez que establece el Formulario de Fecha de Siniestro.
- b) El procedimiento y plazos de revisión de Dictamen, y de recalificación de Dictamen.

IV. Si el Asegurado optará por la suscripción de una nueva solicitud de invalidez, la Gestora consignará la fecha de invalidez como fecha de solicitud, y sellará el Dictamen y Formulario de Fecha de Siniestro con la fecha de invalidez. La Gestora procederá con la suscripción de la Declaración de Pensión y pago, conforme a normativa vigente.

ARTÍCULO 49.- (CONCLUSIÓN DE TRÁMITE).- En el plazo máximo de cinco (5) días a partir de que el Dictamen adquiera firmeza en sede administrativa, la Gestora emitirá y notificará al Asegurado, según corresponda con uno de los siguientes documentos:

- a) Carta de rechazo, considerando el artículo siguiente.
- b) Informándole que debe apersonarse por la Gestora para suscribir la Declaración de Pensión.

ARTÍCULO 50.- (TRÁMITES RECHAZADOS).- I. En los casos de trámites de invalidez rechazados, la Gestora deberá proceder conforme a lo siguiente:

- a) Si el rechazo es debido a que el Asegurado no cumple con los requisitos de cobertura, verificar si el Asegurado podría acceder a una Pensión de

Vejez o Solidaria de Vejez, en cuyo caso informará al Asegurado para que éste pueda suscribir un FSJ. Si el Asegurado no cumpliera requisitos de acceso a Pensión de Vejez o Solidaria de Vejez, la Gestora deberá informarle que éste podría acceder, conforme al artículo 172 del Anexo del D.S. 0822/11, modificado por el parágrafo XVII. del artículo 2 del DS 1888/2014, a Retiros Mínimos o Retiro Final con el Saldo Acumulado en su CPP, y a su CCM si corresponde, a partir de la edad de cincuenta y cinco (55) o cincuenta (50) años para hombres y mujeres, respectivamente.

- b) Si el rechazo es porque el Asegurado no cumple con los requisitos de cobertura debido a la mora del Empleador, la Gestora deberá informar al Asegurado que:
1. Está procediendo con la notificación del Recargo correspondiente al Empleador y que una vez que se pague el Recargo respectivo, el Asegurado podrá acceder a la Pensión de Invalidez que le correspondería; y
 2. Podría acceder al Pago Temporal de CCM si corresponde, independientemente de su edad en el marco del artículo 30 de la Ley N° 065/2010 y conforme a lo establecido en el artículo 62 del D.S. 0822/11.

II. Si el Asegurado decidiera optar por el beneficio de Retiros Mínimos/Retiro Final y/o Pago de CCM, éste deberá suscribir el Formulario de Solicitud de Retiros (FSR) o Formulario de Solicitud de CC (FSC) para Pago de CCM.

III. La fecha de solicitud a consignarse en el FSR corresponderá a la fecha de solicitud del FSI que dio origen al rechazo.

La fecha de solicitud a consignarse en el FSC para Pago de CCM de los casos comprendidos en el inciso b) anterior, y los casos comprendidos en el inciso a) del parágrafo I. anterior, siempre que el Asegurado tuviera las edades de 55 o 50 años para hombre y mujeres respectivamente, corresponderá a la fecha de solicitud del FSI que dio origen al rechazo. En los casos comprendidos en el inciso a) anterior cuando el Asegurado no cuente con las edades mencionadas, la fecha de solicitud corresponderá a la fecha en la que el Asegurado suscriba el FSC para Pago de CCM, siempre y cuando tenga las edades de 55 ó 50 años de edad para hombres y mujeres, respectivamente.

CAPÍTULO III

OTROS BENEFICIOS

SECCIÓN I

RETIROS MÍNIMOS/RETIRO FINAL Y PAGO DE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES MENSUAL

ARTÍCULO 51.- (SOLICITUD DE RETIROS MÍNIMOS/RETIRO FINAL Y FECHA DE APERSONAMIENTO).- I. Los trámites de Retiros Mínimos o Retiro

Final deberán procesarse cumpliendo lo establecido en el D.S. 0822/11 y utilizando el Formulario de Solicitud de Retiros (FSR).

II. Los documentos que se deberán adjuntar al FSR corresponderán a los señalados en el inciso a) del párrafo I. del artículo 4 anterior cuando el Solicitante sea el Asegurado, y lo señalado en los incisos a) y b) del párrafo I. del artículo 4 anterior cuando el Solicitante sea un Derechohabiente, considerando lo señalado en el párrafo V. del artículo 4 anterior.

Adicionalmente, se deberá adjuntar una fotocopia de la Resolución de Renta del Asegurado, cuando corresponda.

III. La Gestora deberá consignar en el FSR, la fecha en la que el Solicitante debe retornar a la Gestora para continuar con su trámite. La fecha consignada en el FSR no podrá ser mayor a los diez (10) días hábiles administrativos de suscrito el FSR.

ARTÍCULO 52.- (VERIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN).- I. Previo a la fecha consignada en el FSR para que el Solicitante retorne a la Gestora, ésta deberá:

- a) Verificar la documentación del Asegurado y/o Derechohabientes y el EAP del Asegurado conforme a lo señalado en los artículos 8 y 9 anteriores, y
- b) Determinar si el Asegurado cumple con los requisitos de acceso a Retiros Mínimos/Retiro Final, considerando para establecer la Densidad de Aportes la información contenida en el Registro de Emisión y Actualización de Certificados de CC y la información de la Cuenta Personal Previsional del Asegurado.

II. De existir inconsistencias entre los documentos del Asegurado y su registro en el SIP, cuando el Solicitante se apersona, la Gestora deberá notificarle con las observaciones informándole que tiene un plazo máximo de doce (12) meses a partir de la firma del FSR para regularizar sus datos, pero que entre tanto no regularice los mismos, su trámite quedará suspendido; y de no presentar la documentación que permita levantar las observaciones y/o actualizar el registro de datos del Asegurado, al día siguiente de vencido el plazo de los doce (12) meses, el trámite quedará anulado pudiendo el Solicitante iniciar un nuevo trámite suscribiendo un FSR.

III. De no haber inconsistencias, la Gestora notificará al Solicitante:

- a) Con el rechazo, si no cumpliera los requisitos para acceder a Retiros Mínimos/Retiro Final, o
- b) De cumplir los requisitos de acceso a Retiros Mínimos/Retiro Final, informándole que podrá suscribir el Contrato de Retiros Mínimos/Retiro Final.

IV. En los casos con observaciones, la notificación señalada en el párrafo III. anterior, procederá en el plazo de cinco (5) días hábiles administrativos de

recibida la documentación que permita subsanar la observación y/o actualizar el registro de datos del Asegurado.

ARTÍCULO 53.- (CONTRATO).- I. El Contrato de Retiros Mínimos/Retiro Final deberá consignar al menos la siguiente información:

- a) Nombre y Apellidos, Número y tipo de Documento de Identidad del Asegurado.
- b) CUA del Asegurado.
- c) Fecha de Nacimiento y Fecha de Fallecimiento cuando corresponda, del Asegurado.
- d) Nombre y Apellidos, Número y tipo de Documento de Identidad del Solicitante cuando corresponda.
- e) Fecha de Nacimiento del Solicitante, cuando corresponda.
- f) Fecha de solicitud del FSR.
- g) Saldo Acumulado en la CPP del Asegurado a fecha de solicitud, en bolivianos y en Cuotas.
- h) Periodos a los que corresponde el Saldo Acumulado.
- i) Periodos no considerados que se encuentren en mora, cuando corresponda.
- j) Periodos no considerados que ya fueron retirados, cuando corresponda.
- k) Monto, en bolivianos, de los Retiros Mínimos, indicando que el último pago podrá ser mayor, hasta agotar las Cuotas correspondientes al Saldo Acumulado que figura en el Contrato, cuando corresponda.
- l) El monto en bolivianos señalado en el inciso g) anterior, podría variar en función a la variación del valor cuota.
- m) Mes a partir del cual se iniciará el pago y cantidad de meses que se pagarán, en el caso de Retiros Mínimos.
- n) Fecha a partir de la cual el Solicitante podrá cobrar su primer pago de Retiros Mínimos, o fecha a partir de la cual podrá cobrar el pago del Retiro Final, según corresponda.
- o) El pago de Retiros Mínimos será pasible de descuentos para EGS.

II. Para los Contratos suscritos hasta el día 15 del mes, el pago de los Retiros Mínimos se realizará a partir de dicho mes; si el Contrato es suscrito después del día 15 del mes, el pago de los Retiros Mínimos se iniciará a partir del mes siguiente.

En el caso de Retiro Final, de suscribirse el mismo hasta el día 15 del mes, el pago del Saldo Acumulado se efectuará en el mismo mes, caso contrario se efectuará el mes siguiente de suscrito el Contrato.

III. Las Cuotas comprometidas en el pago de Retiros Mínimos/Retiro Final deberán permanecer en la CPP del Asegurado hasta la emisión del pago.

ARTÍCULO 54.- (SUSPENSIÓN).- I. El Asegurado o Derechohabiente con Retiros Mínimos en curso de pago que pueda acceder a Pensión Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de ésta, y decidiera optar por ésta, podrá solicitar la suspensión del pago de Retiros Mínimos y proceder con la

devolución de los montos retirados conforme a la normativa vigente antes de la Ley N° 065.

II. El Asegurado o Derechohabiente con Retiros Mínimos en curso de pago que decida cambiar al beneficio de Retiro Final, podrá hacerlo mediante carta solicitando a la Gestora la suspensión de su Contrato de Retiros Mínimos para acogerse a Retiro Final. En el caso de Derechohabientes, la carta deberá estar firmada por todos los Derechohabientes con derecho a Retiros Mínimos a dicha fecha, que figuran en el Contrato de Retiros Mínimos.

III. Si la solicitud de cambio fuera recibida en la Gestora hasta el día quince (15) del mes inclusive, ésta suspenderá el pago de Retiros Mínimos a partir de dicho mes.

El pago de Retiro Final deberá realizarse en el mes de recibida la solicitud de cambio, siempre y cuando ésta hubiera sido recibida en la Gestora hasta el día quince (15) del mes. Para este propósito, la Gestora determinará el saldo en la Cuenta Personal Previsional del Asegurado, en Cuotas, y emitirá el o los pagos de Retiro Final en Bolivianos a Valor Cuota vigente a fecha de liquidación de cada pago.

ARTÍCULO 55.- (SOLICITUD DE PAGO DE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES MENSUAL Y FECHA DE APERSONAMIENTO).- I. Para el inicio de los trámites de Pago de CCM, el Solicitante deberá suscribir el FSC adjuntando los documentos de acreditación señalados en los incisos a) y b) del parágrafo I. del artículo 4 anterior.

II. La Gestora sellará la fecha en que el Solicitante debe retornar para notificarse con observaciones que pudieran tener sus documentos y con los resultados de la verificación de cumplimiento de los requisitos de acceso, misma que no podrá ser posterior a los diez (10) días hábiles administrativos de suscrito el FSC.

ARTÍCULO 56.- (VERIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN).- I. Previo a la fecha consignada en el FSC para que el Solicitante retorne a la Gestora, ésta deberá:

- a) Verificar la documentación del Asegurado y/o Derechohabientes y el EAP del Asegurado conforme a lo señalado en los artículos 8 y 9 anteriores, y
- b) Determinar si el Asegurado cumple con los requisitos de acceso a Compensación de Cotizaciones Mensual, considerando lo establecido en el artículo 62 del Anexo del D.S. 0822/11 modificado por los parágrafos V., VI. y VII. del artículo 2 del D.S. 1888/14.

II. De haber inconsistencias entre los documentos del Asegurado y su registro en el SIP o en los documentos de acreditación presentados, cuando el Solicitante se apersona, la Gestora deberá notificarle con las observaciones informándole que tiene un plazo máximo de doce (12) meses a partir de la suscripción del FSC, para regularizar sus datos, pero que entre tanto no

regularice los mismos, su trámite quedara suspendido; y de no presentar la documentación que permita levantar las observaciones y/o actualizar el registro de datos del Asegurado, al día siguiente de vencido el plazo de los doce (12) meses, el trámite quedará anulado pudiendo el Solicitante iniciar un nuevo trámite suscribiendo un FSC.

III. De no haber inconsistencias, la Gestora notificará al Solicitante:

- c) Con el rechazo, si no cumpliera los requisitos para acceder a Pago de CC, o
- d) De cumplir los requisitos de acceso a Pago de CC, informándole que deberá suscribir una Declaración de Pago.

IV. En los casos con observaciones, la notificación señalada en el párrafo III. anterior, procederá en el plazo de cinco (5) días hábiles administrativos de recibida la documentación que permita subsanar la observación y/o actualizar el registro de datos del Asegurado.

ARTÍCULO 57.- (ACCESO A PENSIÓN SOLIDARIA DE VEJEZ O PENSIÓN POR MUERTE DERIVADA DE ÉSTA).- I. Si el Solicitante cumpliera con los requisitos de acceso a la Pensión Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte derivada de ésta, la Gestora deberá informarle dicha situación y notificarlo, por escrito, indicando que para acceder a éstas deberá necesariamente reponer los montos retirados, a Valor Cuota vigente a fecha de reposición.

II. Para continuar con su trámite de Pago de CC o Retiros Mínimos/Retiro Final, el Asegurado o Derechohabiente deberá necesariamente hacer conocer por escrito su decisión de no devolución de los montos retirados.

Si por el contrario decidiera devolver los montos retirados, la Gestora llenará el Formulario de Reposición de Retiros y entregará una copia al Solicitante.

SECCIÓN II MASA HEREDITARIA

ARTÍCULO 58.- (INICIO DE TRÁMITES DE MASA HEREDITARIA Y FECHA DE APERSONAMIENTO).- I. El trámite de Masa Hereditaria del Saldo Acumulado del Asegurado, se inicia con la suscripción del Formulario de Solicitud de Masa Hereditaria (FSMH), siempre que hubieran transcurrido al menos treinta y seis (36) meses desde la fecha de fallecimiento del Asegurado.

II. La documentación que debe presentarse es la señalada en los incisos a) y c) del párrafo I. del artículo 4 anterior y adjuntando Testimonio de Declaratoria de Herederos, en original.

III. La Gestora deberá consignar, en el FSMH, la fecha en la que el o los Herederos deben retornar a la Gestora para continuar con su trámite, no pudiendo ser ésta mayor a los diez (10) días hábiles administrativos de suscrito el mismo.

ARTÍCULO 59.- (VERIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN).- I. Dentro el plazo de los diez (10) días hábiles administrativos señalados en el artículo 58 anterior, la Gestora deberá proceder con la verificación de los documentos de acreditación y registro del Asegurado así como de su EAP conforme a lo señalado en los artículos 8 al 10 anteriores.

II. Al apersonamiento de los Herederos, la Gestora notificará a los mismos considerando lo siguiente:

- a) De haber observaciones, informándoles las mismas y señalando que tienen un plazo de doce (12) meses a partir de la suscripción del FSMH para presentar los documentos requeridos para subsanar las observaciones y/o actualizar el registro de datos del Asegurado; de no presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la solicitud quedará anulada al día hábil administrativo de vencido el plazo de los doce (12) meses.
- b) En caso de que el trámite no tenga observaciones a los documentos y/o EAP, la Gestora notificará con:
 1. La nota de rechazo de su trámite cuando corresponda, señalando las causales, o
 2. De cumplir con los requisitos de acceso, los Herederos podrán suscribir el Contrato de Masa Hereditaria.

ARTÍCULO 60.- (CONTRATO DE MASA HEREDITARIA).- I. El Contrato de Masa Hereditaria deberá consignar al menos la siguiente información:

- a) Datos del Asegurado
 1. Nombre y Apellidos
 2. CUA
 3. Número y tipo de Documento de Identidad
 4. Fecha de Nacimiento
 5. Fecha de fallecimiento
- b) Datos del trámite
 1. Fecha de solicitud del FSMH
 2. Número y fecha del Testimonio de Declaratoria de Herederos
 3. Herederos nominados que figuran en el Testimonio de Declaratoria de Herederos
 4. Saldo Acumulado en la CPP del Asegurado a fecha de solicitud, en Bolivianos y en Cuotas
 5. El monto en bolivianos señalado en el punto 4. anterior, podría variar en función a la variación del valor cuota
 6. Periodos a los que corresponde el Saldo Acumulado
 7. Periodos no considerados que se encuentra en mora, cuando corresponda

8. Periodos no considerados que ya fueron retirados, cuando corresponda

c) Datos de cada uno de los Herederos

1. Nombre y Apellidos
2. Número y tipo de Documento de Identidad
3. Fecha de Nacimiento
4. Parentesco con el Asegurado
5. Porcentaje que le corresponde a cada Heredero
6. Monto que le será pagado a cada uno de los Herederos acreditados que presentó FSMH

II. Si el Contrato es suscrito hasta el día 15 del mes, el pago se efectuará en el mismo mes; caso contrario se efectuará el mes siguiente al de suscripción del Contrato.

Los Contratos deberán considerar a todos los Herederos que hubieran presentado un FSMH a dicha fecha.

III. Las Cuotas comprometidas en el pago de Masa Hereditaria por Saldo Acumulado deberán permanecer en la CPP del Asegurado hasta la emisión del pago.

ARTÍCULO 61.- (NOTIFICACIÓN DE HERENCIA).- I. Transcurridos los treinta y seis (36) meses del fallecimiento de un Asegurado cuyos Derechohabientes no hubieran solicitado Pensión por Muerte o no hubieran accedido a la misma ni a Retiros Mínimos/Retiro Final, la Gestora procederá a notificar, por escrito, a los Derechohabientes en la última dirección disponible que tenga del Asegurado.

II. De no poder ser habidos los Derechohabientes conforme a lo señalado en el artículo 4 del Anexo 1 de la Resolución Administrativa APS/DPC/N° 945-2012 de 05 de diciembre de 2012, la Gestora procederá a efectuar publicaciones en dos (2) medios de comunicación escrita de cobertura nacional, informando que los Herederos tienen un plazo de diez (10) años a partir de que prescribe el derecho a solicitar Pensión, para reclamar el Saldo Acumulado en la Cuenta Personal Previsional del Asegurado vía Masa Hereditaria, para lo cual deben apersonarse por la Gestora para llenar y suscribir el FSMH.

III. Las publicaciones deberán efectuarse en día domingo y en las fechas siguientes, señalando al menos los nombres, apellidos, número y tipo de Documento de Identidad del Asegurado fallecido así como la regional en la que se encontraba registrado en el SIP:

- a) Primera publicación: Mes treinta y siete (37) de la fecha de fallecimiento del Asegurado.
- b) Segunda publicación: Mes setenta y ocho (78) de la fecha de fallecimiento del Asegurado.

- c) Tercera publicación: Mes ciento cincuenta (150) de la fecha de fallecimiento del Asegurado.

SECCIÓN III GASTOS FUNERARIOS

ARTÍCULO 62.- (INICIO DE TRÁMITES DE GASTOS FUNERARIOS Y FECHA DE APERSONAMIENTO).- I. Para iniciar el trámite de Gastos Funerarios, se deberá suscribir el Formulario de Solicitud de Gastos Funerarios (FSGF).

II. Durante los primeros seis (6) meses del fallecimiento del Asegurado, podrá solicitar el pago de Gastos Funerarios, cualquier persona que acredite haber pagado los mismos, adjuntando la documentación señalada en el inciso a) del párrafo I. del artículo 4 anterior, y adicionalmente, la siguiente documentación:

- a) Factura comercial o Recibo a nombre del solicitante, en original.
- b) Documento de Identidad del solicitante.
- c) Documentos de Identidad de los testigos, cuando corresponda.

En los casos que presenten Recibo en lugar de Factura, se requiere adicionalmente la declaración jurada de dos (2) testigos y sus documentos señalados en el inciso c) anterior.

III. Pasados los seis (6) meses y hasta los dieciocho meses del fallecimiento del Asegurado inclusive, podrán solicitar el pago de Gastos Funerarios, los Derechohabientes de Primer o Segundo Grado, adjuntando la documentación señalada en los incisos a) y b) del párrafo I del artículo 4 anterior.

IV. La Gestora deberá consignar, mediante sello, la fecha en la que el solicitante o Derechohabiente deben retornar a la Gestora para continuar con su trámite, no pudiendo ser ésta mayor a los diez (10) días hábiles administrativos de suscrito el mismo.

ARTÍCULO 63.- (VERIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN).- I. Previo al apersonamiento del Solicitante, la Gestora deberá proceder con la verificación de los documentos conforme a lo señalado en los artículos 8 y 9 anteriores.

II. En el mismo plazo señalado en el párrafo IV del artículo 62 anterior, la Gestora deberá determinar si corresponde el pago de Gastos Funerarios, y de ser así, la fuente que financiará los mismos considerando lo establecido en los artículos 173 al 178 del Anexo del D.S. 0822/11.

III. Al apersonamiento del Solicitante, la Gestora notificará al mismo considerando lo siguiente:

- a) De haber observaciones, informándole las mismas y señalando que tienen un plazo de doce (12) meses a partir de la suscripción del FSGF para presentar los documentos requeridos para subsanar las

observaciones y/o actualizar el registro de datos del Asegurado; de no presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la solicitud quedará anulada al día hábil administrativo de vencido el plazo de los doce (12) meses.

b) En caso de que el trámite no tenga observaciones, la Gestora notificará al Solicitante con:

1. La nota de rechazo de su trámite cuando corresponda, señalando las causales, o
2. De cumplir con los requisitos de acceso a Gastos Funerarios, la fecha de pago del mismo.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES VARIAS

ARTÍCULO 64.- (GASTOS FUNERARIOS PARA JUBILACIÓN).- I. En los casos señalados en los artículos 55 y 56 de la Ley N° 065, cuando el Saldo Acumulado en la CPP del Asegurado no sea suficiente para financiar el valor actuarial del Gasto Funerario, la diferencia entre el valor actuarial y el monto financiado con el Saldo Acumulado del Asegurado deberá ser financiado con cargo al Fondo de Riesgos o Fondo de Renta Universal de Vejez – Renta Dignidad, en adelante FRUV.

II. La transferencia del saldo del valor actuarial del Gasto Funerario del Fondo de Riesgos o del FRUV al Fondo de Vejez, deberá realizarse al momento de transferir el Saldo Acumulado en la CPP del Asegurado al Fondo de Vejez.

La Gestora, al momento del cálculo de la Pensión deberá determinar las Cuotas a transferir (monto en Cuotas de Gasto Funerario a ser financiado) considerando el Valor Cuota utilizado en la determinación del Saldo Acumulado.

ARTÍCULO 65.- (FORMATO DE DECLARACIÓN DE PENSIÓN Y DE PAGOS).- I. Las Declaraciones de Pensiones aprobadas mediante Resolución Administrativa APS/DPC/DJ/N° 538-2012 30 de julio de 2012, deberán ser suscritas por el Asegurado o Derechohabiente. El pago de Pensiones procederá a partir del mes de suscrita la Declaración de Pensión, siempre que esto hubiera ocurrido hasta el día quince (15) del mes inclusive. Si la suscripción fuera posterior al día quince (15) del mes, el pago procederá a partir del mes siguiente.

ARTÍCULO 66.- (LÍMITES SOLIDARIOS).- I. Cuando la Densidad de Aportes del Asegurado corresponda a años y fracción, los Límites Solidarios a aplicarse se determinarán conforme a lo establecido en el artículo 101 del Anexo del D.S. 0822/11.

II. Para Densidades de Aportes mayor a quince (15) y menor a dieciséis (16) años, los Límites Solidarios se determinarán conforme a lo establecido en el mencionado artículo 101, y aplicando la siguiente fórmula:

$$LS = LSt + (N \times B)$$

Donde:

- LS: Límite Solidario correspondiente a años y fracción
LSt: Límite Solidario correspondiente a una Densidad de Aportes de quince (15) años
N: La diferencia en meses, entre la Densidad de Aportes en años y fracción del Asegurado y su Densidad de Aportes sin considerar la fracción.
B: La diferencia entre el Límite Solidario Inferior correspondiente a dieciséis (16) años y el Límite Solidario correspondiente a quince (15) años, dividido entre doce (12).

ARTÍCULO 67.- (DOCUMENTACIÓN EMITIDA EN EL EXTRANJERO).- La documentación de acreditación emitida en el extranjero deberá ser presentada en original y conforme a lo establecido en el párrafo III. del artículo 8 del Anexo del D.S. 0822/11 y de acuerdo al Decreto Supremo 3541 de 25 de abril 2018

ARTÍCULO 68.- (HIJOS INVÁLIDOS).- I. Cuando el Asegurado o Derechohabiente presente Resolución de Invalidez emitida por el Ente Gestor de Salud, o documentación técnica médica que avale el estado psicofísico de hijos inválidos, la Gestora deberá remitir dicha documentación a la APS, en un plazo no mayor a los cinco (5) días hábiles administrativos de recibida la misma.

II. La APS, a través de sus médicos calificadores, se pronunciará respecto al caso y remitirá el Acta correspondiente, en un plazo no mayor a siete (7) días hábiles administrativos de recibidos los documentos.

ARTÍCULO 69.- (HIJOS ESTUDIANTES).- I. Con el propósito de unificar los procedimientos de pago, la Gestora deberá considerar lo siguiente:

- Si el hijo cumple dieciocho (18) años de edad entre el primero y el día quince (15) del mes inclusive, corresponde la presentación del certificado de estudios para el pago de dicho mes completo.
- Si el hijo cumple dieciocho (18) años de edad entre el día dieciséis (16) y fin mes, el pago correspondiente a dicho mes se realizará sin requerir la presentación de certificado de estudios.
- Si el hijo cumple veinticinco (25) años de edad entre el día dieciséis (16) y fin de mes inclusive, y se encuentra habilitado como estudiante, corresponde se le pague por este mes completo. Si por el contrario, el hijo cumple los veinticinco (25) años de edad antes del día dieciséis (16) del mes, el pago por dicho ya no corresponde.

II. Considerando que la presentación de un formulario de solicitud en el SIP, no genera el derecho a la Prestación, Pensión o Beneficio, sino hasta que la Gestora determine el cumplimiento de los requisitos de cobertura o acceso, los hijos de dieciocho (18) años o más y hasta los veinticinco (25) años no requieren presentar certificado de estudio al momento de suscribir el FSM, por lo que de determinarse el cumplimiento de requisitos y corresponder la Prestación, Pensión y/o Beneficio, para el pago de las Pensiones devengadas, éstos deberán presentar dichos certificados que le acrediten como estudiante desde fecha de solicitud de Pensión, hasta el periodo del pago del devengo.

ARTÍCULO 70.- (NRF QUE ACCEDEN A PENSIÓN SOLIDARIA DE VEJEZ).

El cálculo del Referente Salarial Solidario de Vejez para un NRF que no tenga Aportes en el SIP, deberá realizarse considerando únicamente los salarios cotizables reportados por el SENASIR y considerando lo establecido en el D.S. 0822/11 y D.S. 1888/14, según corresponda.

ARTÍCULO 71.- (REGISTRO DE BENEFICIARIOS CON PAGO ÚNICO-PU). I.

Cada último día hábil administrativo del mes, el SENASIR remitirá a la Gestora la lista de los Asegurados PU y Derechohabientes PU, en adelante Beneficiarios PU, que a dicha fecha hubieran devuelto el monto cobrado por este concepto, para que se les asigne CUA.

II. La información remitida por el SENASIR deberá contener al menos lo siguiente del Asegurado que ha cobrado o generado el derecho a cobro del PU:

- Nombres y Apellidos.
- Nº de Documento de Identidad.
- Fecha de Nacimiento.
- Fecha de Fallecimiento, si corresponde.
- Estado del Asegurado (vivo o fallecido).

III. Hasta el día diez (10) del mes siguiente de recibido el listado y los documentos, la Gestora asignará un CUA de la serie cinco (5) a cada uno de los Asegurado que ha cobrado o generado el derecho a cobro del PU.

IV. La Gestora remitirá al SENASIR el listado de los Asegurados con el CUA asignado, dentro el plazo señalado en el parágrafo anterior.

ARTÍCULO 72.- (GRAN INVALIDEZ). I. El suplemento por Gran Invalidez equivalente a un Salario Mínimo Nacional vigente a la fecha de pago, será cancelado mensualmente al Asegurado con Pensión de Invalidez que tenga una incapacidad calificada igual o mayor al ochenta por ciento (80%).

En adición al suplemento pagado al Asegurado, la Gestora deberá aportar el diez por ciento (10%) del Salario Mínimo Nacional vigente con destino a la CPP del Asegurado.

II. El suplemento por Gran Invalidez, de conformidad a lo establecido en el artículo 129 del Anexo del D.S. 0822/11 no será sujeto a ningún tipo de descuento, y deberá ser pagado en la misma boleta que la Pensión de Invalidez, debidamente desglosado e identificado.

III. Para las solicitudes de Pensión de Invalidez presentadas a partir del 10 de diciembre de 2010, el suplemento por Gran Invalidez en los casos que corresponda, deberá ser pagado desde la fecha de solicitud que dio origen al dictamen con grado de incapacidad igual o mayor al ochenta por ciento (80%), considerando lo establecido en el inciso a) del artículo 20 del Anexo del D.S. 0822/11.

IV. Las solicitudes de Pensión de Invalidez anteriores al 10 de diciembre de 2010, cuyo dictamen de calificación y/o de revisión hubieran sido emitidos en fecha 10 de diciembre de 2010 o posterior, otorgarán el derecho al suplemento de Gran Invalidez a partir de la fecha de emisión del dictamen de calificación y/o de revisión con grado de incapacidad igual o mayor al ochenta por ciento (80%), considerando lo establecido en el inciso a) del artículo 20 del Anexo del D.S. 0822/11.

V. Las solicitudes de Pensión de Invalidez anteriores al 10 de diciembre de 2010, cuyo dictamen de recalificación hubiera sido emitido en fecha 10 de diciembre de 2010 o posterior, otorgarán el derecho al suplemento de Gran Invalidez a partir de la fecha de emisión del dictamen de recalificación con grado de incapacidad igual o mayor al ochenta por ciento (80%), considerando lo establecido en el inciso a) del artículo 20 del Anexo del D.S. 0822/11, siempre y cuando el grado de incapacidad del dictamen inicial hubiera establecido una calificación de grado de incapacidad menor a dicho porcentaje.

ARTÍCULO 73.- (ENTE GESTOR DE SALUD).- I. La asignación de EGS y los descuentos para pago de salud deberán realizarse conforme a lo establecido en los artículos 34 al 37 del Anexo del D.S. 0822/11.

II. Para los casos comprendidos en el artículo 35 del Anexo del D.S. 0822/11, la Gestora deberá aplicar lo establecido en el artículo 3. de la Resolución Administrativa SPVS/IP/N° 070 de 10 de febrero de 2009.

III. El Asegurado o Derechohabiente que en el marco del artículo 33 del Anexo del D.S. 0822/11 solicitara el no descuento de salud, deberá presentar un Certificado original del EGS en el cual se encuentre afiliado.

Dicho certificado deberá especificar la fecha de afiliación, si la afiliación es en calidad de titular o beneficiario, relación con el titular si corresponde, y empleador si corresponde. La validez del certificado será de seis (6) meses a partir de su fecha de emisión, debiendo el Asegurado o Derechohabiente actualizar el mismo para que se continúe con el no descuento para EGS.

ARTÍCULO 74.- (CONCURRENCIA DE PENSIONES). I. De conformidad con el artículo 58 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010 y el artículo 26 del Anexo

del D.S. 0822/11, podrá existir concurrencia de Pensión de Invalidez y Pensión de Vejez o Solidaria de Vejez, y viceversa.

II. El Asegurado con Pensión de Invalidez que cumple requisitos de acceso a Pensión de Vejez o Solidaria de Vejez, podrá recibir de manera simultánea la Pensión de Invalidez y la Pensión de Vejez o Pensión Solidaria de Vejez que le corresponda.

De igual manera el Asegurado con Pensión de Vejez o Solidaria de Vejez que se invalida como consecuencia de una enfermedad o accidente y cumple con los requisitos de cobertura del riesgo que le corresponde, podrá beneficiarse de la concurrencia de Pensiones.

III. La Fracción Solidaria a la que acceda el Asegurado con concurrencia de pensiones corresponderá a la diferencia entre la Pensión Solidaria de Vejez que le correspondería al Asegurado en función a su Densidad de Aportes y el resultado de la suma de su Pensión de Vejez más su Pensión de Invalidez.

ARTÍCULO 75.- (DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE DATOS).- I. La Gestora deberá archivar en el expediente del trámite todos los documentos que respalden el otorgamiento o rechazo del mismo, incluidas las notificaciones y Declaración de Pensión cuando corresponda.

II. La Gestora, a solicitud de la APS, deberá remitir en un plazo no mayor a los tres (3) días hábiles administrativos de recibido el requerimiento de hasta diez (10) expedientes, el expediente completo del caso con todos los cálculos efectuados en físico así como en medio digital, por lo que deberá prever el registro de los mismos en su sistema o estar en capacidad de replicar los mismos.

La solicitud de un número mayor a los expedientes señalados en el parágrafo II. anterior dará lugar a una extensión en el plazo de su envío.

ARTÍCULO 76.- (INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN).- Con el objeto de cumplir con el presente procedimiento, la Gestora y las Entidades Aseguradoras La Vitalicia Seguros y Reaseguros de Vida S.A., Seguros Provida S.A. y la Entidad Pública de Seguros según corresponda, deberán establecer de común acuerdo las estructuras de intercambio de información necesarias para cumplir con los procedimientos establecidos en el Sistema Integral de Pensiones.

ARTÍCULO 77.- (NOTIFICACION EAP).- Cuando el Solicitante se apersona a la Gestora en el plazo establecido en el Formulario de Solicitud del SIP, ésta deberá entregarle el EAP del Asegurado, verificado por la Gestora conforme lo establecido en la presente Resolución, para que el Solicitante dé su conformidad mediante la firma del mismo, o señale las diferencias que puedan existir en los Totales Ganados (TG) o Ingresos Cotizables (IC) y periodos cotizados, así como en la información de sus Empleadores.

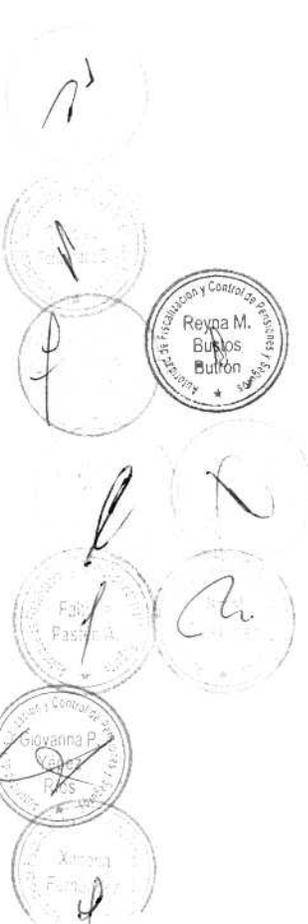
ARTÍCULO 78.- (ASEGURADOS FALLECIDOS CON TRÁMITE INICIADO).- Al fallecimiento de un Asegurado con solicitud de Prestación o Beneficio iniciado en el SIP cuya fecha de fallecimiento sea anterior a la fecha de suscripción de la Declaración de Pensión, Convenio de Pensión o Contrato, la Gestora procederá a anular el trámite. Los Derechohabientes podrán iniciar solicitud de Pensión por Muerte, según corresponda.

ARTÍCULO 79.- (VIGENCIA DE LA NORMA).- Toda normativa emitida con anterioridad a la presente Resolución Administrativa que no sea contradictoria, permanecerá vigente y será de cumplimiento obligatorio por parte de la Gestora debiéndose leer donde dice "Administradora de Fondos de Pensiones o AFP" como "Gestora".

(Vertical column of signatures and official stamps on the left side of the page)

FORMULARIOS

SIP



FORMULARIO DE SOLICITUD DE PENSIÓN DE JUBILACIÓN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO											
CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO	
					DÍA	MES	AÑO				
ENTE GESTOR DE SALUD			MATRICULA DE ASEGURADO			DEPARTAMENTO			PROVINCIA		
									M F		
CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR				DIRECCIÓN				N°	
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO							
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.				
SI NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA					

II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO												
DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE		NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR				FECHA INI. REL. LAB.		OCUPACIÓN		
								DÍA	MES	AÑO		
DEPARTAMENTO			PROVINCIA		CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR					
DIRECCIÓN				N°	TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL		

III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/CELULAR		
								M F				
DEPARTAMENTO			PROVINCIA		CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR					
DIRECCIÓN				N°	CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL					
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO			FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN		
SI NO								DÍA	MES	AÑO	APROB	RCH

IV. DERECHAHABIENTES											
PRIMER GRADO		CÓNYUGE		CONVIVIENTE		N° HIJOS VIVOS		N° HIJOS FALLECIDOS			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	
								M F		DÍA MES AÑO	
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE MATRIMONIO		CÓD. VER.	
SI NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA
TESTIMONIO DE CONVIVENCIA			CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN			CÓD. VER.			FECHA DE FALLECIMIENTO		
SI NO			SI NO ORIGINAL COPIA						DÍA MES AÑO		

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		
								M F		DÍA MES AÑO		
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN			CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO
SI NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA	DÍA MES AÑO

SEGUNDO GRADO		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	
								M F		DÍA MES AÑO	
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	EXCLUIR			
SI NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO		

TERCER GRADO		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	
								M F		DÍA MES AÑO	
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	% ASIGNACIÓN			
SI NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA					

AVISO LEGAL	
1 Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Prestación de Vejez o Solidaria de Vejez, la Gestora rechazará el presente trámite.	
2 El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.	
3. En el evento, que el Poder de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.	
EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA:	<input type="text"/>
Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado	

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA
-----------------------------------	---

SOLICITUD DE PENSIÓN POR INVALIDEZ

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO											
CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO	
					DÍA	MES	AÑO				
ENTE GESTOR DE SALUD			MATRÍCULA DE ASEGURADO			DEPARTAMENTO			PROVINCIA		
CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			DIRECCIÓN					N°		
TELÉFONO / CELULAR		CASILLA POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO		COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO			CÓD. VER.	
					SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	
II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO											
DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES, APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR					FECHA INICIO REL. LAB.		OCUPACIÓN		
						DÍA	MES	AÑO			
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR					
DIRECCIÓN				N°	TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL		
III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/CELULAR	
								M	F		
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR					
DIRECCIÓN				N°	CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL				
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO			FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN		
SI	NO						DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.
IV. DERECHAHABIENTES											
TABLA DE CLAVES	CLAVE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	N° DOC. IDENT.	FECHA NACIMIENTO			
60 = ESPOSA											
51 = CONVIVIENTE											
02 AL 09 = HIJOS											
52 AL 59 = HIJAS											
10 AL 15 = HERMANOS											
80 AL 85 = HERMANAS											
16 = PADRE											
66 = MADRE											
V. DOCUMENTACIÓN TÉCNICO MÉDICA											
Cantidad	Descripción del Documento							Original	Copia		
AVISO LEGAL											
<p>1. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a una Prestación de Invalidez, la Gestora rechazará el presente trámite.</p> <p>2. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.</p> <p>3. En el evento, que el Poder de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.</p>											
EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA					<input type="text"/>		Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.				
FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE						FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA					



SOLICITUD DE PENSIÓN POR MUERTE

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO															
CUA		PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO			
							DÍA MES AÑO					M F			
ENTE GESTOR DE SALUD				MATRICULA DE ASEGURADO											
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO		
SI NO			SI NO ORIGINAL COPIA					SI NO ORIGINAL COPIA					DÍA MES AÑO		
II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO FALLECIDO															
DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE		NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR					FECHA INICIO REL. LAB.		OCUPACIÓN				
									DÍA MES AÑO						
DEPARTAMENTO			PROVINCIA			CIUDAD			ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR						
DIRECCIÓN					N°		TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL			
III. DATOS DEL SOLICITANTE															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/CELULAR			
										M F					
DEPARTAMENTO			PROVINCIA			CIUDAD			ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR						
DIRECCIÓN					N°		CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL						
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	TEST. TUTORÍA		N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO			FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN			
SI NO			SI NO							DÍA MES AÑO		APROB. RCH.			
IV. DERECHOHABIENTES															
PRIMER GRADO															
CÓNYUGE				CONVIVIENTE				N° HIJOS VIVOS							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			
										M F		DÍA MES AÑO			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				COD. VER.	CERTIFICADO DE MATRIMONIO				CÓD. VER.			
SI NO			SI NO ORIGINAL COPIA					SI NO ORIGINAL COPIA							
TESTIMONIO DE CONVIVENCIA															
SI NO															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		INVÁLIDO	
										M F		DÍA MES AÑO		SI NO	
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.								
SI NO			SI NO ORIGINAL COPIA												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		EXCLUIR	
										M F		DÍA MES AÑO		SI NO	
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.								
SI NO			SI NO ORIGINAL COPIA												
AVISO LEGAL															
<p>1. Si el Asegurado no cumple requisitos para que sus Derechohabientes accedan a Pensión por Muerte derivada de Vejez, de Solidaria de Vejez y de Riesgos, la Gestora rechazará el presente trámite.</p> <p>2. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.</p> <p>3. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.</p>															
<p>EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA:</p>															
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado</p> </div>															
FIRMA DEL SOLICITANTE							FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA								

SOLICITUD DE GASTOS FUNERARIOS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO													
CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO		
						DÍA	MES	AÑO	M	F			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO			CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN			CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO		
SI NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	DÍA	MES	AÑO

II. DATOS DEL SOLICITANTE													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		TELÉFONO/CELULAR			
								M F					
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR							
DIRECCIÓN				N°		CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL				
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	TEST. TUTORÍA		N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN		
SI NO			SI	NO					DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.
FACTURA		CÓD. VER.	RECIBO		CÓD. VER.								
SI NO			SI	NO									

III. TESTIGOS (PARA SOLICITUDES PRESENTADAS DENTRO DE LOS PRIMEROS 6 MESES Y SOLO EN CASO DE PRESENTAR RECIBO)													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO			
										DÍA	MES	AÑO	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FACTURA		RECIBO		TELÉFONO / CELULAR		SEXO	
						SI	NO	SI	NO			M	F
CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR					DIRECCIÓN					N°	

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO			
										DÍA	MES	AÑO	
TIPO DE DOC.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FACTURA		RECIBO		TELÉFONO / CELULAR		SEXO	
						SI	NO	SI	NO			M	F
CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR					DIRECCIÓN					N°	

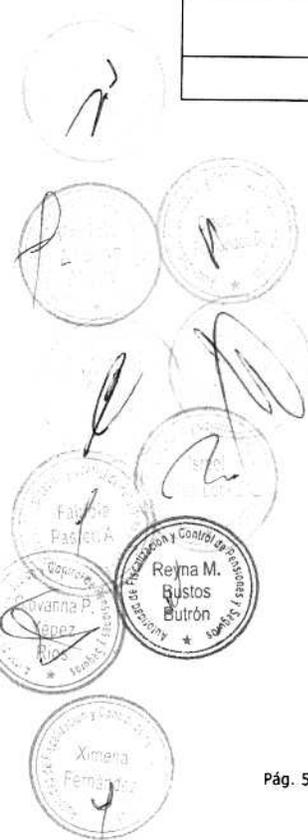
AVISO LEGAL

1. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
2. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA:

Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado

FIRMA DEL SOLICITANTE					FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA				
-----------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	--



FORMULARIO DE SOLICITUD DE CCM

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO																	
CUA/NRF		PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO					
							DÍA MES AÑO										
ENTE GESTOR DE SALUD				MATRICULA DE ASEGURADO				DEPARTAMENTO				PROVINCIA					
CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR					DIRECCIÓN					N°					
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL			CORREO ELECTRÓNICO												
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.		CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.		FECHA DE FALLECIMIENTO	
SI NO				SI NO ORIGINAL COPIA						SI NO ORIGINAL COPIA						DÍA MES AÑO	

II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO														
DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE			NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR					FECHA INICIO REL. LAB.		OCUPACIÓN		
										DÍA MES AÑO				
DEPARTAMENTO			PROVINCIA			CIUDAD			ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR					
DIRECCIÓN					N°		TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL	

III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/CELULAR			
DEPARTAMENTO			PROVINCIA			CIUDAD			ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR						
DIRECCIÓN					N°		CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL				
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		TEST. TUTORÍA		N° DE PODER		N° DE NOTARÍA		NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN	
SI NO				SI NO								DÍA MES AÑO		APROB. RCH.	

IV. DERECHAHABIENTES															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			
												DÍA MES AÑO			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.		CERTIFICADO DE MATRIMONIO		COD. VER.		TESTIMONIO DE CONVIVENCIA	
SI NO				SI NO ORIGINAL COPIA						SI NO ORIGINAL COPIA				SI NO	

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	
												DÍA MES AÑO	
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.		INVÁLIDO			
SI NO				SI NO ORIGINAL COPIA						SI NO			

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	
												DÍA MES AÑO	
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.		INVÁLIDO			
SI NO				SI NO ORIGINAL COPIA						SI NO			

AVISO LEGAL

- Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Pago de CCM, la Gestora rechazará el presente trámite.
- El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de **DOCE (12) meses de la fecha de solicitud** consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
- En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA:

Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA
-----------------------------------	---



SOLICITUD DE RETIROS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO											
CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		SEXO	
						DÍA MES AÑO				M F	
ENTE GESTOR DE SALUD				MATRICULA DE ASEGURADO				DEPARTAMENTO		PROVINCIA	
CIUDAD				ZONAVILLA/BARRIO/SECTOR				DIRECCIÓN		N°	
TELÉFONO / CELULAR				CASILLA POSTAL				CORREO ELECTRÓNICO			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		CÓD. VER.	
SI NO		SI NO		ORIGINAL COPIA		SI NO		ORIGINAL COPIA		DÍA MES AÑO	

II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO											
DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE		NOMBRES Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR				FECHA INICIO REL. LAB.		OCUPACIÓN	
								DÍA MES AÑO			
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR					
DIRECCIÓN				N°		TELÉFONO / CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL	

III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		TELÉFONO/CELULAR	
								M F			
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR					
DIRECCIÓN				N°		CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		TEST. TUTORIA		N° DE PODER		N° DE NOTARIA		NOMBRE DEL NOTARIO	
SI NO		SI NO		SI NO						FECHA DE REVISIÓN	
										DÍA MES AÑO	
										APROB. RCH.	

IV. SELECCIÓN DE RETIROS MÍNIMOS Y MODALIDAD DE PAGO											
ELIJA UNA OPCIÓN:											
RETIROS MÍNIMOS						RETIRO FINAL					
- 60% DEL REFERENTE SALARIAL		BS									
- 60% DEL SALARIO MÍNIMO NACIONAL		BS									
Los Retiros Mínimos son sujetos al descuento del tres por ciento (3%) para cobertura de salud.											
El Retiro Final es realizado en un solo pago y no está sujeto al descuento de salud, por lo que el Asegurado o Derechohabiente no contará con cobertura de salud.											

V. DERECHONABIENTES											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		ESTADO CIVIL		SEXO	
										DÍA MES AÑO	
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE MATRIMONIO		CÓD. VER.	
SI NO		SI NO		ORIGINAL COPIA		SI NO		ORIGINAL COPIA		TESTIMONIO DE CONVIVENCIA	
										SI NO	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DE DOC.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO			
								M F			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO		CÓD. VER.		FECHA DE NACIMIENTO			
SI NO		SI NO		ORIGINAL COPIA		SI NO		DÍA MES AÑO			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO			
								M F			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO		CÓD. VER.		FECHA DE NACIMIENTO			
SI NO		SI NO		ORIGINAL COPIA		SI NO		DÍA MES AÑO			

VI. CUENTA PERSONAL PREVISIONAL											
TIENE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES (CC)				SI		NO		MONTO CC			
FECHA DE INICIO DE COTIZACIÓN AL SSO/SIP				DÍA		MES		AÑO			
N° DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO:											
VALOR CUOTA A LA FECHA DEL DÍA ANTERIOR A LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD:										A	
SALDO ACUMULADO EN LA CUENTA PERSONAL PREVISIONAL EN BOLIVIANOS:										B	
										A X B	

AVISO LEGAL

- Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Retiros Mínimos / Retiro Final, la Gestora rechazará el presente trámite.
- El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
- En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA

Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA
-----------------------	---



FORMULARIO DE SOLICITUD DE MASA HEREDITARIA

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

TIPO DE MASA HEREDITARIA:

CUENTA PERSONAL PREVISIONAL

PENSIONES NO COBRADAS ASEGURADO FALLECIDO

PENSIONES NO COBRADAS DERECHOHABIENTE FALLECIDO

I. DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO															
CUA		PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO			
						DIA MES AÑO									
OPIA DOC. IDENT.	COD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				COD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				COD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO			
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		DIA	MES	AÑO	

II. DATOS DEL DERECHOHABIENTE FALLECIDO															
CUA		PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO			
						DIA MES AÑO									
OPIA DOC. IDENT.	COD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				COD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				COD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO			
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		DIA	MES	AÑO	

III. DATOS DEL SOLICITANTE														
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO			TELÉFONO/CELULAR		
									M F					
DEPARTAMENTO			PROVINCIA			CIUDAD			ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR					
DIRECCIÓN					N°	CORREO ELECTRÓNICO					CASILLA POSTAL			
OPIA DOC. IDENT.	COD. VER.	ES. TUTORIA	DEC. DE HEREDEROS	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO				FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN		
SI	NO	SI	NO	SI	NO					DIA	MES	AÑO	APROB	RCH.

IV. DATOS GENERALES DE LOS HEREDEROS														
N° DE PARTIDA DE DECLARATORIA DE HEREDEROS														
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO			TELÉFONO/CELULAR		
									M F					
DEPARTAMENTO			PROVINCIA			CIUDAD			ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR					
DIRECCIÓN					N°	CORREO ELECTRÓNICO					CASILLA POSTAL			
COPIA DOC. IDENT.	COD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				COD. VER.	CERTIFICADO DE MATRIMONIO				COD. VER.	TESTIMONIO DE CONVIVENCIA		
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	
N° DE PARTIDA DE DECLARATORIA DE HEREDEROS														
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD			COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO			TELÉFONO/CELULAR		
									M F					
DEPARTAMENTO			PROVINCIA			CIUDAD			ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR					
DIRECCIÓN					N°	CORREO ELECTRÓNICO					CASILLA POSTAL			
OPIA DOC. IDENT.	COD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				COD. VER.					COD. VER.			
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA									

AVISO LEGAL

1. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
2. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA:

Entre tanto el Solicitante no se presente en la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL HEREDERO 1.
[NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO]

FIRMA DEL HEREDERO 2.
[NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO]

FIRMA DEL HEREDERO 3.
[NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO]

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

ANEXO 3

CÓDIGOS DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
E0	Documento sin observación
E1	Se presentó sólo fotocopia del documento de identidad y en el Registro del OEP existe inscrita más de una partida con la información declarada.
E2	La información de la partida inscrita en el Registro de la OEP no coincide plenamente con la información del documento presentado.
E3	La partida inscrita en el Registro del OEP está cancelada.
E4	No existe partida inscrita en el Registro de la OEP que respalde la información del documento presentado o de la declaración realizada.
E5	La información de Vivencia/Fallecimiento declarada en el Formulario de Solicitud no se encuentra respaldada por el Registro del OEP.
E6	Fotocopia del documento no legible.
E7	Otro.

DECLARACIÓN SOBRE DOBLE PERCEPCIÓN

Yo Asegurado(a), _____ con CUA _____ y _____ (Tipo Doc. Id.) N.º _____

que en fecha _____ he presentado solicitud de jubilación, misma que ha concluido con la Firma de una

Declaración/Convenio de Pensión en fecha _____, declaro que:

A la fecha, trabajo en la Empresa/Entidad _____, que es pública

He concluido mi última relación de Dependencia Laboral en fecha _____, que es privada

He concluido mi última relación de Dependencia Laboral en fecha _____

Notificación:

Conforme lo señalado en el artículo 53 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, los Asegurados que cuenten con una Pensión o Pago donde uno de sus componentes sea la Compensación de Cotizaciones Mensual (CCM), y continúen realizando una actividad laboral financiada con **recursos públicos**, deberán solicitar la suspensión temporal del componente de CCM, a objeto de no incurrir en Doble Percepción.

Los Asegurados con Pensión Solidaria de Vejez que continúen realizando una actividad laboral en el **sector público o privado**, deberán solicitar la suspensión temporal de su Fracción Solidaria, a objeto de no incurrir en Doble Percepción.

Lugar y Fecha: _____

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

ANEXO 6

CERTIFICADO DE SALDOS Y ACTUALIZACIÓN DE
COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO									
CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO	
			DÍA	MES	AÑO			M	F
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO			PROVINCIA		
CIUDAD	ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR			DIRECCIÓN				N°	
TELÉFONO / CELULAR	CASILLA POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO			EDAD A FECHA SOLICITUD	SECTOR			
						MINERO		OTRO	

II. ACTUALIZACIÓN DEL CERTIFICADO DE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES (CCM) (A FECHA DE SOLICITUD)				
MONTO DE CERTIFICADO DE CCM (Bs.)	DENSIDAD DE APORTES SISTEMA REPARTO (A)	TIPO DE CAMBIO (CONSIGNADO EN CERTIFICADO DE CCM)	TIPO DE CAMBIO (A FECHA DE SOLICITUD)	CC ACTUALIZADA (Bs.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

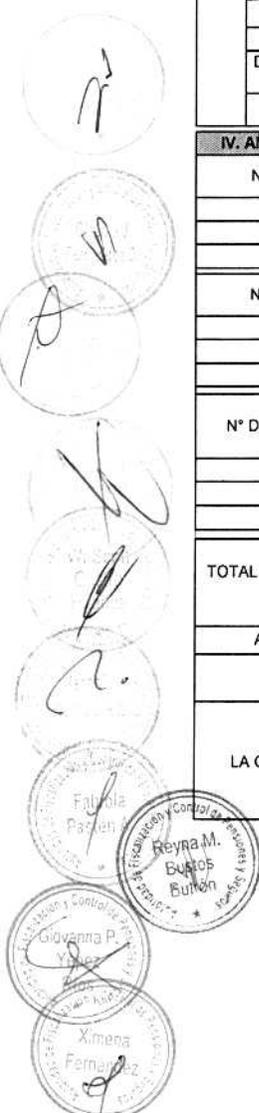
III. SALDO DE LA CUENTA PERSONAL PREVISIONAL (CPP) (A FECHA DE SOLICITUD)						
FECHA DE SOLICITUD			SALDO ACUMULADO EN CPP (Bs.)	SALDO ACUMULADO EN CPP (N° CUOTAS)	VALOR CUOTA (A FECHA DE SOLICITUD)	
DÍA	MES	AÑO				
SOLO PARA ASEGURADAS						
DENSIDAD DE APORTES SSO/SIP (B)		N° DE HIJOS NACIDOS VIVOS	DENSIDAD APORTES POR HIJOS NACIDOS VIVOS (C)		DENSIDAD DE APORTES (A+B+C)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

IV. AÑOS DE TRABAJO INSALUBRE (A FECHA DE SOLICITUD)			
N° DE CERTIFICADO INSALUBRE	N° DE AÑOS DE TRABAJO INSALUBRE	EMPLEADOR	FECHAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° DE CERTIFICADO INSALUBRE	N° DE AÑOS DE TRABAJO INSALUBRE	EMPLEADOR	FECHAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° DE CITE DE DECLARACION JURADA	N° DE AÑOS DE TRABAJO EN EL AREA PRODUCTIVA DEL SECTOR MINERO METALURGICO	EMPLEADOR	FECHAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOTAL N° AÑOS TRABAJO INSALUBRE COMO MINERO METALURGISTA			TOTAL N° AÑOS TRABAJO INSALUBRE COMO MINERO COOPERATIVISTA			LIMITES SOLIDARIOS P/MINEROS	
AÑOS	MESES	DÍAS	AÑOS	MESES	DÍAS	SI	NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LA GESTORA DEBE ADJUNTAR A ESTE DOCUMENTO EL ESTADO DE AHORRO PREVISIONAL (EAP) A FECHA DE SOLICITUD.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE GESTORA



HOJA DE CÁLCULO DE REFERENTE SALARIAL

LUGAR FECHA N°

I. DATOS DEL ASEGURADO									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
CUA	TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD		COMP. CI	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	
					DÍA	MES	AÑO		

II. CALCULO DE REFERENTE SALARIAL									
DENSIDAD DE APORTES	N° PERIODOS PAGADOS POR ADELANTADO	N° PERIODOS CONSIDERADOS PARA REFERENTE SALARIAL	DIFERENCIA MAYOR ENTRE TG O IC (%)	FECHA DE SINIESTRO (SOLO PARA INVALIDEZ Y MUERTE)	TC ULTIMO DIA CALENDARIO DEL MES ANTERIOR A FECHA DE SOLICITUD (Bs./\$US) (SOLO PARA VEJEZ)			FECHA DE SOLICITUD	
				DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO	

TIPO DE REFERENTE SALARIAL: VEJEZ SOLIDARIO DE VEJEZ RIESGOS RETIROS MÍNIMOS

N° DE PERIODOS	PERIODO	% VARIACIÓN	TG O IC (RANGO)	TIPO DE CAMBIO PERIODO (Bs/\$us)	TC NOV-2001 (Bs./\$us)	UFV PERIODO	UFV MES ANTERIOR A FECHA DE SOLICITUD	MENSUALIZADO (*)	TG O IC Bs. CON MANTENIMIENTO DE VALOR
60									
59									
58									
57									
56									
55									
54									
53									
52									
51									
50									
49									
48									
47									
46									
45									
44									
43									
42									
41									
40									
39									
38									
37									
36									
35									
34									
33									
32									
31									
30									
29									
28									
27									
26									
25									
24									
23									
22									
21									
20									
19									
18									
17									
16									
15									
14									
13									
12									
11									
10									
9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									

TOTAL REFERENTE SALARIAL =

(*) Corresponde señalar el N° de días aportados para los periodos en los que el TG fue mensualizado.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE GESTORA



FORMULARIO DE COMPARACIÓN DE PENSIONES

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO	
			DIA	MES	AÑO				M	F

II. DATOS DEL TRÁMITE

N° DE SOLICITUD	FECHA DE SOLICITUD	REGIONAL
-----------------	--------------------	----------

III. DERECHOHABIENTES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	% DE ASIGNACIÓN	
						RIESGOS	VEJEZ / SOL. VEJEZ
% DE ASIGNACIÓN TOTAL (SUMA DE TODOS LOS DERECHOHABIENTES)							

IV. PENSIONES POR MUERTE A LAS QUE PODRÍAN ACCEDER LOS DERECHOHABIENTES

TIPO DE PENSIÓN POR MUERTE	MONTO EN Bs.

V. PENSIÓN POR MUERTE OTORGADA

TIPO DE PENSIÓN POR MUERTE OTORGADA	MONTO EN Bs.

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA



FORMULARIO DE HABILITACIÓN / REPOSICIÓN DE PAGOS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO									
CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL	SEXO		
			DÍA	MES	AÑO		M	F	
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRICULA DE ASEGURADO			DEPARTAMENTO		PROVINCIA		
CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN					N°	
TELÉFONO / CELULAR		CASILLA POSTAL			CORREO ELECTRÓNICO				

II. DATOS DEL SOLICITANTE									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/CELULAR	
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD	ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR				
DIRECCIÓN				N°	CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL	
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TUTORÍA	N° DE PODER	N° DE NOTARIA	NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN
SI	NO	SI	NO				DÍA	MES	AÑO
							APROB.		RCH.

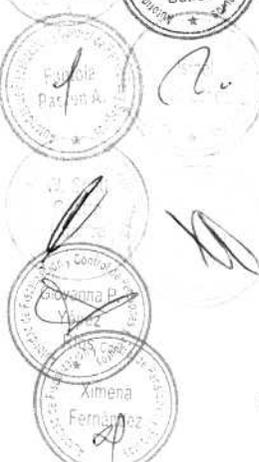
III. DATOS DE LA SOLICITUD									
HABILITACIÓN					REPOSICIÓN				
FRACCIÓN SOLIDARIA									
CCM									
PENSIÓN									

IV. DETALLE DE PAGOS NO COBRADOS							
PAGO SUJETOS DE HABILITACIÓN				PAGO SUJETOS DE REPOSICIÓN			
N°	PERIODOS	FRACCIÓN O PENSIÓN(*)	MONTO (Bs)	N°	PERIODOS	FRACCIÓN O PENSIÓN(*)	MONTO (Bs)

(*) DETALLAR LA FRACCIÓN Y/O PENSIÓN QUE CORRESPONDA

En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

 FIRMA DEL SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA
--	---



FORMULARIO DE RENUNCIA DE DERECHO DE SOLICITAR REVISIÓN DE DICTAMEN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO												
CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO		M F		
			DIA	MES	AÑO							
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO			DEPARTAMENTO		PROVINCIA					
CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR			DIRECCIÓN				N°			
TELÉFONO / CELULAR		CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO								
II. DATOS DEL SOLICITANTE												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/CELULAR				
			M	F								
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR						
DIRECCIÓN				N°		CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL			
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TEST. TUTORÍA		N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN		
		SI	NO					DIA	MES	AÑO	APROB.	RCH.
III. DATOS DEL DICTAMEN												
TIPO DE DICTAMEN (INV/FALL)	N° DICTAMEN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN /PUBLICACIÓN	FECHA DE SINIESTRO	ORIGEN	CAUSA	PORCENTAJ E (%)	TIENE COBERTURA		MONTO PENSIÓN QUE CORRESPONDERÁ		
								SI	NO			
IV. RENUNCIA AL DERECHO DE SOLICITAR REVISIÓN DE DICTAMEN												
<p>Habiendo revisado el Dictamen señalado en el numeral III. anterior, y toda vez que me encuentro de acuerdo con lo establecido en el mismo y con la fecha de siniestro (invalidez o fallecimiento) determinada, renuncio a mi derecho a pedir Revisión de Dictamen, por lo que de no contar la Gestora con una solicitud de revisión anterior y no ser parte del control concurrente, en el marco del artículo 154 del Reglamento del Decreto Supremo N° 0822/2011, solicito que el citado dictamen quede ejecutoriado a partir de la fecha de entrega y suscripción del presente formulario.</p>												
RENUNCIO A MI DERECHO A PEDIR REVISIÓN DE DICTAMEN:											<input type="text"/>	
<p>En el evento que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.</p>												
FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE						FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA						



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN DE DICTAMEN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO											
CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		SEXO	
					DÍA	MES	AÑO			M	F
ENTE GESTOR DE SALUD			MATRÍCULA DE ASEGURADO				DEPARTAMENTO		PROVINCIA		
CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR			DIRECCIÓN					N°	
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO							

II. DATOS DEL SOLICITANTE												
ASEGURADO		<input type="checkbox"/>	DERECHOHABIENTE			<input type="checkbox"/>	EMPLEADOR		<input type="checkbox"/>			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/CELULAR		
								M	F			
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA / VILLA / BARRIO / SECTOR						
DIRECCIÓN					N°	CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL			
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TUTORÍA	N° DE PODER	N° DE NOTARIA	NOMBRE DEL NOTARIO			FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN		
SI	NO	SI	NO					DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.

III. DATOS DEL DICTAMEN											
TIPO DICTAMEN (INV./FALL.)	N° DICTAMEN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN ASEGURADO/PUBLICACIÓN EN PRENSA		ORIGEN	CAUSA	PORCENTAJE (%)	TIENE COBERTURA		MONTO DE PENSIÓN QUE CORRESPONDERÍA	
								SI	NO		

IV. SOLICITUD DE REVISIÓN DE DICTAMEN.											
SOLICITO REVISIÓN DEL DICTAMEN NRO _____						SE ADJUNTA DOCUMENTACIÓN			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
LISTA DE DOCUMENTOS ADJUNTOS:											
MOTIVO DE LA SOLICITUD:											
											
En el evento de que el Poder o Test. De Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.											
											
FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE						FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA					



FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECALIFICACIÓN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL	SEXO
			DÍA	MES	AÑO		M F
ENTE GESTOR DE SALUD	MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO		PROVINCIA		
CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR	DIRECCIÓN			N°		
TELÉFONO / CELULAR	CASILLA POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO			COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	
					SI NO		

II. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	N° DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO		SEXO	
					M F	
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	N° DE PODER	N° DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN	VALIDACIÓN
SI NO					DÍA MES AÑO	APROB. RCH

III. DATOS GENERALES DEL DICTAMEN

FECHA DE DICTAMEN	DÍA	MES	AÑO	N° DE DICTAMEN	RESOLUCION ADMINISTRATIVA
PORCENTAJE (%) DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL			ORÍGEN	CAUSA	

IV. DETALLE DE LOS DOCUMENTOS MEDICOS PRESENTADOS PARA LA RECALIFICACIÓN

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ORIGINAL	COPIA

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA
-----------------------------------	---



AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 12:28 del día 20

de Marzo de 2019 notifiqué con RESOLUCIÓN

ADMINISTRATIVA N° 467-2019- de

fecha 20 MAR 2019 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de

Pensiones y Seguros a LA GESTORA PÚBLICA DE LA

SEGURIDAD SOCIAL a través de su

REPRESENTANTE LEGAL

