



**CAJA NACIONAL DE SALUD
REGIONAL POTOSÍ**

CAJA NACIONAL DE SALUD

- La Caja Nacional de Salud, es una institución descentralizada de derecho público sin fines de lucro, encargada de la gestión, aplicación y ejecución del Régimen de Seguridad Social a corto plazo:
 - Enfermedad
 - Maternidad
 - Riesgos Profesionales
- Art. 1 D.S. 21637 de 25/06/1987 establece los niveles operativos.
 - CAJAS DE SALUD – CORTO PLAZO
 - FONDOS DE PENSIONES – LARGO PLAZO



DESCONCENTRACION C.N.S.

- La C.N.S. para el logro de sus objetivos, tiene una organización **administrativa desconcentrada** en Administraciones .

- Regionales

- Distritales

Son las encargadas de la **gestión aplicación y ejecución** del régimen de Seguridad Social a Corto Plazo: **Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales.**



CODIGO DE SEGURIDAD SOCIAL

- Art. 14 En caso de **enfermedad reconocida** por los servicios médicos de la **Caja**, el asegurado y los beneficiarios tienen derecho a las **prestaciones en especie** que dichos servicios consideren indispensables para la curación, o sea la necesaria **asistencia médica y dental, general y especializada, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de medicamentos** que requiera el estado del enfermo,



COMPRA DE SERVICIOS REQUISITOS - DOCUMENTOS

- AVC-04 o AVC-06
- Ultima boleta de pago
- Fotocopia de cédula de identidad
- Formulario **DM-148** de Exámenes complementarios, el cual debe contar con la certificación de que **no se cuenta con el servicio** requerido.
- **Junta médica** en algunos casos
- Proforma
- Pedido Interno DL-02
- POA en algunos casos



EL FORMULARIO DEBE CONTAR CON TODAS LAS FIRMAS Y SELLOS

DEBE CONTAR CON

- Sello Vig. De Derechos
- Sello Farmacéutica
- Sello sin existencia
- Nombre del medicamento
- Firma Médico tratante

CAJA NACIONAL DE SALUD FOLIO *[Handwritten]*

RECETA MEDICA

CAJA NACIONAL DE SALUD
VIG. DE DERECHOS
MAYO DE 2016
AUX. DE VIGILANCIA DE DERECHOS DE CENTRO PAUSANA C.I.

[Handwritten] 19 04 16
FECHA
NO HAY EN FARMACIA

Clave Farmacéutico

Nº ASEGURADO *[Handwritten]* 455715BTC

Clave Und. Sanitaria

Clave Farmacia

Ap. Paterno *[Handwritten]* Ben de K. telidi

Ap. Materno *[Handwritten]* Carmen

Nombre

Rp. *[Handwritten]* Doxipendocato

Nº CODIGO VADEMECUM

CANTIDAD *[Handwritten]* 20

[Handwritten] 20

Clave de Médico

Dr. Henry J. *[Handwritten]* *[Handwritten]*

ONCOLOGIA

Firma Médico

Dr. Juan Romero Singso
JEFE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL 400 CAMAS

Dr. Juan Escobar Arriado
DIRECTOR
HOSPITAL OBRERO # 3

Modo de usarse:

Próxima Consulta: *[Handwritten]* 03/05/16

Form. DM 301 *[Handwritten]* sin Factura

000000031



REEMBOLSO DE INSUMOS Y/O MEDICAMENTOS

- **Junta Médica** del Servicio Médico tratante, que señale diagnóstico y justifique la imposibilidad material
- **Form. DM-148 o DM-303**, justificando, **la falta o inexistencia del servicio, insumos, medicamentos** o nota justificando sobre la falta o inexistencia del servicio y la necesidad de la compra del servicio.
- **FACTURAS** a nombre y NIT de la C.N.S., con **DETALLE** de insumos, medicamentos y laboratorios y su costo por cada producto.
- **Informe Social** sobre la **verificación de la imposibilidad material** de la CNS, la atención médica y sobre la compra del servicio extra-institucional.
- **AVC-04 o 06, C.I.**,
- En caso excepcional de haberse internado de **EMERGENCIA** o **URGENCIA** a un Centro de Salud particular, presentar: Certificado Médico original, nota de comunicación a la C.N.S.
- **Verificación de facturas, Enfermería, Farmacia y Laboratorio**



REQUISITOS CON LAS QUE DEBE CONTAR CON

CAJA NACIONAL DE SALUD FOLIO *[Handwritten]*

RECETA MEDICA

CAJA NACIONAL DE SALUD
VICERREINADO DE VIGENCIA AUX. DE DERECHOS DE PAISES C.A. ABR. 2016
VICERREINADO DE VIGENCIA AUX. DE DERECHOS DE PAISES C.A. BOLIVIA

[Handwritten] 15-5715 B+C

Clave Farmacéutico: *[Handwritten]* 19 04 16

FECHA: **NO HAY EN FARMACIA**

Nº ASEGURADO: *[Handwritten]* 15-5715 B+C

Clave Und. Sanitaria: *[Blank]* Clave Farmacia: *[Blank]*

Ap. Paterno: *[Handwritten]* Blend K. Ap. Materno: *[Handwritten]* teldi Nombre: *[Handwritten]* Carmen

Rp. *[Handwritten]* Douperidocato Nº CODIGO VADEMECUM: *[Handwritten]* 20

CANTIDAD: *[Handwritten]* 20

Clave de Médico: *[Handwritten]* 20

Firma Médico: *[Handwritten]* Dr. Henry J. Pariza

Dr. Juan Romero Singo
JEFE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL 400 CAMAS

Dr. Iván Echalar Antelo
DIRECTOR
HOSPITAL OBRERO # 3

Modo de usarse: *[Blank]*

Próxima Consulta: *[Handwritten]* 00/00/00

Form. DM 301 *[Handwritten]* sin Factura

0000-000371





**CAJA NACIONAL DE SALUD
REGIONAL POTOSÍ**

DEPARTAMENTO NACIONAL DE AFILIACIÓN
UNIDAD DE AFILIACIONES REGIONAL POTOSÍ
SUBSIDIOS INCAPACIDAD TEMPORAL

REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE BAJAS MÉDICAS Y REEMBOLSOS DE SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL



ENTREGA DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Art. 12º inciso e) Para la procedencia del subsidio de incapacidad temporal por Enfermedad, Maternidad o Riesgos Profesionales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional), la trabajadora o el trabajador o uno de sus familiares deberá presentar al empleador el correspondiente Certificado de Incapacidad Temporal, de conformidad al Art. 60 del Reglamento del Código de Seguridad Social en el plazo de 24 hrs.



REGLAMENTO PARA EL S.I.T.

Art. 13º DEL PLAZO PARA SOLICITAR EL REEMBOLSO DE LOS SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL

(...) el reembolso de los subsidios de incapacidad Temporal debe ser solicitado el mes siguiente al que se efectuó el pago de subsidio por el empleador.



DATOS QUE CONTIENE EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Art. 15º inciso a) (...) En Centros Hospitalarios debe contener la fecha de la consulta, debe estar señalado con claridad el régimen de cobertura por la que se le está extendiendo la incapacidad, los días de la incapacidad, la fecha, además el sello y firma del médico tratante, el sello y firma del responsable de Vigencia de Derechos.



inciso b) (...) En Centros de Salud (CIMFAS O POLICLINICOS) debe ser también firmado y sellado por el Director o Responsable en calidad de visto bueno.

inciso c) En los Centros de Salud de Consulta Externa, los médicos tienen la obligación de emitir el certificado de incapacidad temporal con la fecha de la consulta y registrar en el expediente.



IMPORTANCIA DEL SELLO DE VIGENCIA DE DERECHOS

Art. 15º

inciso g) El visado del Certificado de Incapacidad Temporal por Vigencia de Derechos, debe realizarse el mismo día de la extensión del Certificado de Incapacidad Temporal...



01-920-0001

(8) CI 6989583 LP

Salario Bs.

Importe Subsidio Bs.

SON:

CERTIFICO:

Nombre y Firma

Diego Quirope Illanes
VIGENCIA DE DERECHOS
CAJA NACIONAL DE SALUD
DEPARTAMENTAL
DEPARTAMENTO DE SALUD
C.N.S.

OCT 2017



SEGURO DE MATERNIDAD

Art. 16º

inciso a) La asegurada tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio al subsidio de maternidad por el plazo máximo de **45 días anteriores al parto y de 45 días posteriores a él...**



SEGURO DE MATERNIDAD

Art. 16º

inciso j) En caso de producirse el parto en Centros de Salud ajenos al Ente Gestor de Salud la asegurada tiene derecho al SIT (Post Natal) 45 días previa presentación.....requisitos establecidos internamente, **en el plazo máximo de 10 días hábiles.**



SEGURO DE MATERNIDAD

Art. 16º

inciso b) Este subsidio se reembolsara a la asegurada que tenga un **mínimo de 4 últimas cotizaciones mensuales al inicio de la incapacidad temporal.**



SEGURO DE MATERNIDAD

Art. 16º

inciso c) Si la asegurada no cuenta con las cotizaciones especificadas, **sólo tendrá derecho a las prestaciones en especie**. En cuyo caso se podrá otorgar Certificados de Incapacidad Temporal **sin derecho a subsidios de incapacidad temporal**.



SEGURO DE MATERNIDAD

Art. 16º

inciso j) En caso de producirse el parto en Centros de Salud ajenos al Ente Gestor de Salud la asegurada tiene derecho al SIT (Post Natal) 45 días previa presentación.....requisitos establecidos internamente, en el plazo máximo de 10 días hábiles.



SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES A CORTO PLAZO



Art. 20º

inciso c) La Denuncia de Accidente de Trabajo o la Declaración de Enfermedad Profesional será efectuada mediante la presentación del formulario (Form. S.P. 04/97), o Declaración de Enfermedad Profesional (Form. S.P. 05/97)...



SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES A CORTO PLAZO

Art. 20º

inciso d) **En caso de que el empleador no presente oportunamente la Denuncia de Accidente de Trabajo...**, los gastos de atención médica otorgadas al asegurado(a) titular, **correrán por cuenta del empleador hasta que se presente el formulario de Denuncia de Accidente de trabajo, así como los subsidios de incapacidad temporal.**



REQUISITOS DE PRESENTACIÓN



ENFERMEDAD – MATERNIDAD – RIESGO PROFESIONAL

1. Solicitud dirigida al Jefe Regional o Distrital de Afiliación
2. Planilla de Incapacidad Temporal (1 original y 2 copias)
3. Certificado de Incapacidad Temporal (original)
4. Fotocopia Planilla de Haber o boleta de pago inicio de incapacidad
5. Fotocopia AVC-04 del asegurado
6. Registro de Ejecución de Gastos Form. C-31 ultimo
7. Denuncia de Accidente de Trabajo de las AFP's
8. Presentación prueba de laboratorio Covid-19





CITE: DDE_UAA POTOSÍ_JUL_2023

Potosí, 27 de Julio de 2023

Señores:

CAJA NACIONAL DE SALUD
REGIONAL C.N.S. POTOSÍ

Presente.-

REF: SOLICITUD DE REEMBOLSO DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL Y DOCUMENTACIÓN REQUERIDA



De mi mayor consideración.

A tiempo de enviar un cordial saludo y distinguido, nos permitimos solicitar el reembolso correspondiente a los subsidios por incapacidad temporal a favor de la Dirección Departamental de Educación de Potosí dependiente del Ministerio de Educación de Bolivia.

En conformidad a los art.29, 30, 31 y 32 del Decreto N° 13214 y el Art. N° 22 del Decreto ley 14643, se remite a la gerencia de su institución, los formularios por incapacidades temporales pertenecientes a funcionarios, maestras (os) y administrativas de la Dirección Departamental de Educación de Potosí, que tiene en su dependencia 33 distritos educativos, a lo extenso del departamento.

Para este efecto se adjunta la siguiente documentación:

- 1.- Planilla de incapacidad temporal
- 2.- Certificados originales de incapacidad temporal, (incluye fotocopias)
- 3.- Fotocopia de los AVC-04, en cada uno de los casos.
- 4.- Fotocopia del C.I.
- 5.- Fotocopia de Boleta de pagos
- 6.- Planillas de Salarios
- 7.- Fotocopia del Registro de Ejecución de gastos: Formulario c-31

Motivo por el cual solicitamos se proceda al reembolso del subsidio por Incapacidad temporal, correspondiente al mes de **JUNIO** del **2023**, por:

- **Enfermedad: 27 casos**
- **Maternidad: 9 casos**

Sin otro motivo en particular reciba usted un cordial saludo.

Atentamente:



Mariabel Mamani Vásquez
Lic. Mariabel Mamani Vásquez
Tte. de Incapacidades Temporales
Unidad de Planillas U.A.A.
DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE EDUCACIÓN POTOSÍ



Jorge O. Vargas Gómez
Lic. Jorge O. Vargas Gómez
JEFE DE LA UNIDAD DE
ASUNTOS ADMINISTRATIVOS
DDE POTOSÍ



PLANILLAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL DDE POTOSÍ

CITE: DDE_UAA POTOSÍ JUL 2023

BAJAS MÉDICAS A JUNIO DE 2023

BAJAS POR ENFERMEDAD

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	C.I.	DISTRITO	FECHAS		HABER COTIZ.	MONTO POR DIA	75%	Nº DE DIAS INCAPAC.	Nº DE DIAS COMPENS.	MONTO REEMBOLSO
				BAJA	ALTA						
1	BALLESTEROS CONDORI IVAN	1368445	TACOBAMBA	02/06/2023	12/06/2023	9.461,25	315,38	236,54	11	8	1.892,32
2	BRAVO PACO CLARA	1434769	POTOSI	30/05/2023	05/06/2023	6.487,25	216,24	162,18	7	4	648,72
3	CALLAPINO CONDORI FILOMENA	6661895	RAVELO	11/05/2023	06/06/2023	5.676,75	189,23	141,92	27	24	3.406,08
4	CARDENAS TERAN PEDRO EDGAR	1258884	POTOSI	05/06/2023	12/06/2023	9.829,18	327,64	245,73	8	5	1.228,65
5	CARPIO OÑA JULIO	1368150	POTOSI	25/05/2023	25/06/2023	9.475,00	315,83	236,87	32	32	7.579,84
6	CHACON ELIAS CLOTILDE	5540922	POTOSI	26/06/2023	29/06/2023	3.070,60	102,35	76,76	4	1	76,76
7	CHAVARRIA LAURA ANA MARIA	3715757	POTOSI	31/05/2023	04/06/2023	6.809,75	226,99	170,24	5	2	340,48
8	CHOQUE GUTIERREZ JULIO CESAR	8646176	RAVELO	12/06/2023	16/06/2023	5.676,75	189,23	141,92	5	2	283,84
9	CHUMACERO VILCA NELZON RAMIRO	3694969	TUPIZA	31/01/2023	27/06/2023	7.738,20	257,94	193,46	148	145	28.051,70
10	CONDE CAMARGO MARIA ISABEL	5521102	PUNA	11/05/2023	30/06/2023	3.776,79	125,89	94,42	51	48	4.532,16
11	CRUZ VARGAS LOURDES	3705012	POTOSI	01/06/2023	28/06/2023	4.133,50	137,78	103,34	28	25	2.583,50
12	DELGADO GUTIERREZ ZUMILDA MARTHA	3702316	POTOSI	18/05/2023	14/06/2023	5.786,44	192,21	144,16	28	25	3.604,00
13	FERNANDEZ DELGADO ANA MARIA	3711074	POTOSI	14/06/2023	20/06/2023	6.055,20	201,84	151,38	7	4	605,52
14	FLORES SACACA TEODORO	5086351	POTOSI	16/06/2023	30/06/2023	7.863,32	262,11	196,58	15	12	2.358,96
15	GARABITO MAMANI JHONNY MIGUEL	5505920	POTOSI	19/05/2023	15/06/2023	7.580,00	252,67	189,50	28	24	4.548,00
16	GUZMAN PEÑARANDA AURELIA NORMA	3675414	POTOSI	03/05/2023	27/06/2023	7.208,05	240,27	180,20	56	53	9.550,60
17	HUARACHI ZARATE PAMELA LISBERT	8516165	PUNA	12/06/2023	16/06/2023	5.466,50	182,22	136,67	5	2	273,34
18	HUARACHI ZARATE PAMELA LISBERT	8516165	PUNA	19/06/2023	23/06/2023	5.466,50	182,22	136,67	5	2	273,34
19	IBAÑEZ VELA VILMA	1418113	POTOSI	31/05/2023	13/06/2023	3.424,90	114,16	85,82	14	11	941,82
20	MAMANI ISLA HUGO	4010547	PORCO	11/05/2023	09/06/2023	7.569,00	252,30	189,23	30	27	5.109,21
21	MURILLO AGUILAR EDDA	8600637	PUNA	19/06/2023	30/06/2023	3.433,44	114,45	85,84	12	9	772,56
22	OPORTO ESTRADA ANA MARIA	1379534	POTOSI	29/05/2023	01/06/2023	7.208,05	240,27	180,20	4	1	180,20
23	POVEDA ALARCON ROSIO	3694408	POTOSI	20/06/2023	23/06/2023	4.724,00	157,47	118,10	4	1	118,10
24	RAMIREZ GARNICA NATIVIDAD	4002495	POTOSI	16/06/2023	30/06/2023	7.208,05	240,27	180,20	15	12	2.162,40
25	TARQUI MERCADO VICTOR HUGO	5649353	RAVELO	12/06/2023	30/06/2023	4.919,85	164,00	123,00	19	16	1.968,00
26	VILLAFUERTE INCLAN MELVA IVONNE	4008595	POTOSI	02/05/2023	10/06/2023	6.632,50	221,08	165,81	40	37	6.134,97
27	ZARATE PARY PERCY	6600803	OCURI	06/06/2023	13/06/2023	7.103,89	236,80	177,60	8	5	888,00
90.113,07											

BAJAS POR MATERNIDAD

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	C.I.	DISTRITO	FECHAS		HABER COTIZ.	MONTO POR DIA	90%	Nº DE DIAS INCAPAC.	Nº DE DIAS COMPENS.	MONTO REEMBOLSO
				BAJA	ALTA						
1	ANTI BLANCA MARIBEL	7086190	POTOSI	13/04/2023	30/06/2023	4.777,50	159,25	143,33	79	79	11.323,07
2	APALA CASTRO BETTY	5085390	PORCO	23/03/2023	15/06/2023	7.785,56	259,52	233,57	85	85	19.853,45
3	ARICOMA UÑO MARCELA	6662345	CHAQUI	14/04/2023	28/06/2023	5.526,11	184,20	165,78	76	76	12.599,28
4	CAIHUARA QUISPE MIRIAN	5117746	BETANZOS	27/03/2023	23/06/2023	5.131,39	171,05	153,95	89	89	13.701,55
5	CALLAPA JAVIER ELENA	6590875	RAVELO	03/03/2023	16/04/2023	6.431,25	214,38	192,94	45	45	8.682,30
5	CALLAPA JAVIER ELENA	6590875	RAVELO	20/04/2023	03/06/2023	6.431,25	214,38	192,94	45	45	8.682,30
6	LLANOS ACUÑA KATIUSCA MARIBEL	5540603	CHAQUI	03/04/2023	21/06/2023	5.880,00	196,00	176,40	80	80	14.112,00
7	MAMANI REQUE CARLA	6686390	CHAQUI	29/03/2023	19/06/2023	4.513,42	150,45	135,41	83	83	11.239,03
8	MAMANI VELASQUEZ MARIA ESTELA	8636575	POTOSI	04/04/2023	28/06/2023	2.260,00	75,33	67,80	86	86	5.830,80
9	OLGUIN CONDORI ROSA EUNISSE	6611739	BETANZOS	03/04/2023	09/06/2023	4.487,77	149,59	134,63	68	68	9.154,84
115.178,62											

*GARABITO MAMANI JHONNY MIGUEL, TIENE UNA BAJA ANTERIOR HASTA EL 19 DE MAYO PRESENTADA EN EL MES DE JUNIO (79 DIAS COMPENSABLES, DE 23/03/2023 A 15/06/2023)

TOTAL **205.291,69**

Potosí, 27 de Julio de 2023



Cec. Mirsabel Mamani Vásquez
 Tte. de Incapacidades Temporales
 Unidad de Planillas U.A.A.
 Direccion Departamental de Educacion Potosi



Edu. Jorge O. Vargas Gómez
 JEFE DE LA UNIDAD DE
 ASUNTOS ADMINISTRATIVOS
 DDE - POTOSI





**CAJA NACIONAL DE SALUD
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

Form. AVC - 09.

(1) AP. PATERNO	(2) AP. MATERNO	(3) NOMBRE	(4) Número Asegurado
BALLESTEROS	CONDORI	IVAN	64 - 1026 - BCL
(5) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR		(6) Número Empleador	
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE EDUCACION		05920 00004	
(7) Riesgo Profesional <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> DESDE 02 / 06 / 2023 HASTA 12 / 06 / 2023 INCAPACIDAD (11) ONCE DIAS FIRMA DEL MÉDICO UNIDAD SANIT. Dr. Cristian Cabrera L. MEDICO GENERAL C.P. E-2044 CLAVE 0114		(8) Salario Bs. Importe subsidio Bs. SON: CERTIFICADO Blas Cabrera Vigencia de Derechos Hospital Potosi No. 5 BOLIVIANOS 02 JUN 2023 Nombre y Firma C.N.S.	
(10) Firma del Asegurado	(9) TACOBAMBA 02/06/2023 Lugar y Fecha	(11) Sello y Firma Empresa ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA DIRECCION DISTRITAL DE EDUCACION TACOBAMBA Lic. Genaro Ayarín Solíz DIRECTOR DISTRITAL DE EDUCACION TACOBAMBA	



COPIA 10 DE NOVIEMBRE
REGIONAL POTOSÍ
2da. COPIA - TRABAJADOR

ZONA Form. AVC - 04

2

CAJA NACIONAL DE SALUD
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN

Bs.- 3

Nº 005664

AVISO DE AFILIACIÓN Y REINGRESO DEL TRABAJADOR

(1) Apellido Paterno		(2) Apellido Materno		(3) Nombre del Trabajador		(4) Número Asegurado	
BALLESTEROS		CONDORI		IVAN		64-1026-BCI	
(5) Fecha de Nacimiento			(6) Sexo	(7) Domicilio del Trabajador			
Día	Mes	Año	VARON	Zona	Calle	Nº	Localidad
26	OCTUBRE	1964		SAN ROQUE	BUSTILLOS	232	CIUDAD
(8) Salario Mensual		(9) Ocupación Actual		(10) Fecha de Ingreso al Trabajo			
3429,70 BS.		DOCENTE		Día	Mes	Año	
				01	JUNIO	1989	
(11) Nombre o Razón Social del Empleador				(12) Número del Empleador			
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE EDUCACION				05-920-00004			
(13) Lugar y Fecha				(16) SELLO Y FECHA DE RECEPCIÓN EN LA C.N.S.			
Potosí 19 de Julio de 2012				27 DIC 2012			
(14) Firma y Sello del Empleador		(15) Firma del Trabajador					
<i>[Firma]</i> A.A. Lic. Gabriel Roger Carlo Lima DIRECCION DEPARTAMENTAL DE EDUCACION		<i>[Firma]</i>					



ANTIGUEDAD	ZONA	TOT. GANADO.
50 1135.35	756.90	5676.75 .
10% AFP-1.71 AFP-0.5%	AFP-0.5%	ACREDORES L. PAGABLE .
567.68 97.07 28.38	28.38	37.84 4917.00 .
HORAS 108 DESCUENTOS DE LEY	721.51 OTROS DESCUENTOS	37.84

PROGRAMA: 61460013 GUALBERTO VILLARROEL

4598 1 ANAGUA CRUZ TEODORA	20	4457.00	4457.00	8914.00.
00 891.40 152.43 44.57	44.57			178.28 7602.00*.
4156 1 GONZALES ESTRADA JOSE LUIS	4064	3784.50	4730.63	8515.13.
25 851.51 145.61 42.58	42.58			165.57 7267.00*.
1565 1 ANZA CHOQUE SANTOS SAMUEL	64	3784.50	3784.50	7569.00.
00 756.90 129.43 37.85	37.85			1551.38 5055.00*.
6123 1 MERILES BALCAZAR JULIA	64	3784.50	2270.70	6055.20.
60 605.52 103.54 30.28	30.28			348.67 4936.00*.
7624 1 TACURI PENAS RUFINA	4083	2362.00		2362.00.
236.20 40.39 11.81	11.81			23.62 2038.00*.
8445 1 BALLESTEROS CONDORI IVAN	4064	3784.50	5676.75	9461.25
50 946.13 161.79 47.31	47.31			179.76 8078.00*.
3796 1 FLORES ORCKO LUIS FERNANDO	4032	1682.00	504.60	2186.60.
30 218.66 37.39 10.93	10.93			49.62 1859.00*.
5715 1 PINTO MARIN JANNETH LOURDES	4064	3784.50	3784.50	7569.00.
00 756.90 129.43 37.85	37.85			37.84 6569.00*.
9457 1 YAPURA JANCO VICENTA	4064	3784.50	2270.70	6055.20.
60 605.52 103.54 30.28	30.28			128.67 5156.00*.

* TOTAL PROGRAMA ITEMS-->	9	OCUPADOS-->	9	AFPS-->	9
BASICO ANTIGUEDAD					TOT. GANADO.
31208.00 27479.38					58687.38 .
AFP-10% AFP-1.71 AFP-0.5%		AFP-0.5%			ACREDORES L. PAGABLE .
5868.74 1003.55 293.46		293.46			2663.41 48560.00 .
HORAS 696 DESCUENTOS DE LEY	7459.21	OTROS DESCUENTOS	2663.41		

PLANILLA DE PAGO DE HABERES.

PROCESO: HABERES MAG. POTOSI JUNIO 2023 TGN.

TRABAJO:TACOBAMBA - LUGAR: DE PAGO:POTOSI CORRESPONDIENTE AL MES DE JUNIO DE 2023.
 ORGANISMO:111 ENTIDAD: 269-DIRECCION DEPARTAMENTAL DE EDUCACION POTOSI NRO DE DOCUMENTO : 269006

NET AFP PATERNO	MATERNO	NOMBRE	COD.CARGO	BASICO	ANTIGUEDAD	ZONA	BONOS/OTR.	SUBSI/REI.	TOT.GAN.
10% AFP-1.71	AFP-0.5%			AFP-0.5%					ACRE/SUBS L. PAGABLE .

PROGRAMA: 61460014 CHARI CHARI

14246 1 MENDOZA SINGURI MARIBEL	64	3784.50	1135.35	756.90	5676.75.
---------------------------------	----	---------	---------	--------	----------





MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS
UNIDAD DE GESTIÓN DE PERSONAL DEL SEP

BOLETA DE PAGO

GESTION: 2023 MES: JUNIO



270723-2X8FWQ

A DATOS FUNCIONARIO.

Nro. de Carnet: 01368445 Fecha Nac.: 26/10/1964
 Ap. Paterno: BALLESTEROS Nro. de RDA: 27397 Nro. Item: 12660
 Ap. Materno: CONDORI Cargo: 4064 - NORMALISTA MAESTRO DE AULA
 Primer Nombre: IVAN Servicio: 05551032 Programa: 61460013
 Segundo Nombre: . Categoría: 150 %

B DATOS LABORALES

Entidad: DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE EDUCACIÓN POTOSÍ
 Distrito: TACOBAMBA
 U.E.: GUALBERTO VILLARROEL
 Nro. Boleta: 55510320623000047 C-31: 269006
 Saldo IVA: 0.00 AFP: NUEVA GESTORA
 Días Procesados: 30 Horas: 108
 Nro. cuenta: 10000005800003 Entidad: BANCO UNION S.A. FechaActualizada: 27/08/2011

C DATOS DE HABER MENSUAL (Importe expresados en Bs.)

INGRESOS	9461.25

BASICO	3784.50
ANTIGUEDAD	5676.75
EGRESOS	1382.30

AFP-10%	946.13
AFP-1.71%	161.79
AFP-0.5%	47.31
AFP-0.5%S	47.31
MUMANAL	141.92
CONFEDERAC	11.35
FEDERACION	26.49



CERTIFICADO
GRATUITO

LIQUIDO PAGABLE: 2078.00

MODALIDAD DE PAGO: ABONO EN CUENTA *



Lic. Marisabel Mamani Vásquez
 Lic. Marisabel Mamani Vásquez
 Ttes. de Incapacidades Temporales
 Unidad de Planillas

Firma del Docente/Administrativo



2707231849368

CBP-ME-2020

27/07/2023 Página 1 de 1



DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO

FORM SP 004/97 CDA-1

En uso para accidente común

Este formulario debe ser llenado y firmado por el Empleador, y por los médicos que hubieran atendido el caso. Debe ser presentado por el Empleador dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente Profesional o accidente Común que cause invalidez. El original para el Ente Gestor de Salud, copias a: 1.- Empleador, 2.- Superintendencia de Pensiones, 3.- Direcciones Departamentales y Regionales del Ministerio de Trabajo y Microempresa, 4.- Instituto Nacional de Salud Ocupacional, 5.- Afiliado, y la copia 6.- para la AFP, debe entregarse hasta los 5 días en área urbana y 10 días en área rural.

Trabajador Afiliado Identificación	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Nombres	NUA
	ARRATIA	MACIAS		SANTOS	0032712261
Dirección	Matricula del asegurado al ente gestor de salud	RUN	PAS/C.E.	Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	4999238	80-0116-AMA		M	
Información Laboral	Fecha de nacimiento	E.G.S.		C.N.S.	
	16 01 1980				
Información Personal	Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización	Potencia / Otros
	La Paz	Murillo	Ucumiato	San Jose de Yunguyo	74064314
Información Laboral	Domicilio actual (Calle y Nro)	Av. Guizzo Nro. 2054			
	Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> NIT/Afiliado independiente <input type="checkbox"/>				
Información Laboral	Ocupación	Policia Patrullero		Fecha de inicio de relación laboral	
				03 01 2003	
Información Laboral	Nombre o Razón Social del empleador	Policia Boliviana - Patrulla Caminera		Teléfono	
				2148522	
Información Laboral	Número patronal	NIT empleador		Otros	
	01-911-0004				
Información Laboral	Departamento	Provincia	Ciudad / Localidad	Zona / Barrio / Urbanización	
	La Paz	Murillo	La Paz	Central	
Información Laboral	Domicilio actual (Calle y Nro)	Av. Mariacel Santa Cruz			
	¿Recibió entrenamiento previo para ejecutar su trabajo?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tiempo de servicio en la empresa		14s 10m
Información Laboral	¿Recibió instrucciones (cursos) sobre Seguridad e Higiene Industrial?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sección donde trabajaba		Trenes de Patateaya
	Lugar donde ocurrió el accidente	Patateaya	Día	02	Mes
Información Laboral	Cómo ocurrió el accidente?	El funcionario refiere que el patrullero tropezó con una piedra, lastimándose el pie.			
	Describe las causas del accidente (Descripción breve pero completa)	En el momento que el funcionario patrullaba tropezó con una piedra lastimándose el pie			
Información Laboral	¿Qué labor realizaba el accidentado en el momento de producirse el accidente?	Funciones de trabajo			
	Testigos 1. Nombre	2. Nombre			
Información Laboral	El accidentado fue atendido en:	El mismo lugar del accidente			
	Fecha en la que se presentó para atención médica de urgencia:	Día		Hora	
Información Laboral	Quién prestó los primeros auxilios?	No recibió atención			
	Descripción de partes corporales afectadas				
Información Laboral	Diagnóstico presuntivo	CAJA NACIONAL DE SALUD DEPARTAMENTO NACIONAL MEDICINA RECIBIDO DIVISION DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL Fecha: 8 DIC 2017 La Paz - Bolivia			
	Fue trasladado a otro Centro Médico	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Nombre del Centro Médico:		
Información Laboral	Firma del Trabajador Afiliado	La Paz 05/12/2017			
	Lugar, fecha u hora de despacho del presente documento	Sello y Firma del Médico que atendió			
Información Laboral	Centro Médico u Hospital:	CIMFA EL ALTO			
	Diagnóstico Médico Inicial:	CONTUSION DE MALA OJALA - FRACTURA DE MALA OJALA - HEMATOMA DE MALA OJALA - HEMATOMA DE MALA OJALA - HEMATOMA DE MALA OJALA			
Información Laboral	Tratamiento efectuado:	DESCARTAR FRACTURA - DOLORIBUO AS - GORRATUBO AS			
	Tiempo estimado de incapacidad para el trabajo:	HOSPITAL OBREC			
Información Laboral	Centro al que fue transferido:	HOSPITAL OBREC			
	Falleció, fecha	Día	Mes		
Información Laboral	Fecha y hora del presente Informe	5/12/2017 21:00			
	LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN POR LA AFP	LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN POR LA AFP			





REGISTRO DE EJECUCION DE GASTOS

29/05/2015 14:51:14
Gestion : 2015
R.FGA_C33
Página 1 de 2

Lugar : La Paz Fecha Elaboración:
 Entidad : Escuela de Gestión Pública Plurinacional
 Dir. Administrativo : Administración Central Egpp
 Unidad Ejecutora : Unidad Administrativa Financiera

Preventivo :
 Compromiso :
 Devengado :
 Secuencia :

MOMENTOS : Preventivo Comprometido Devengado Regularización

BENEFICIARIOS

Nombre o Razón Social	Tipo	Documento	Exp.	Banco	Cuenta	Importe
VARCO UNION SA	M	003415820	18	1000-4	0001	290.808,00

DOCUMENTOS DE RESPALDO

Tipo de documento : Liquidación de Planillos Nro. :
 Fecha Elaboración : Fecha Recepción : Fecha Vencimiento :

Proceso de Compra No : _____ Código Autorización : _____

Clase De Gasto : Servicios Personales

Fuente : Transferencias T.G.N.
 Organismo : Tesoro General de la Nación

SIGADE :
 SIGIN:
 DTFIN:

IMPUTACION					Descripción	Importe
Prog	Prey	Act	Obj.Gasto	Est. Trf.		
00	0000	001	11220	0000	Bono de Antigüedad	9.422,64
00	0000	001	117	0000	Sueldos	348.004,00
00	0000	001	13110	0417	Régimen de Corto Plazo (Salud)	35.690,72
00	0000	001	13120	0666	Prima de Riesgo Profesional - Régimen de Largo Plazo	6.267,37
00	0000	001	13131	0889	Aporte Patronal Solidario 3%	10.079,54
00	0000	001	132	0342	Aporte Patronal para Vivienda	7.119,09

Con : CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UNO 98/100 Bolivianos
 Total Autorizado : 410.471,96
 Total Retenciones : 104.813,96
 Total Multas : 0,00
 Líquido Pagable : 310.658,00

Documen Operación :

Liquidación de Planillos No. 6023 / PAGO DE SUELDOS AL PERSONAL DE PLANTA CORRESPONDIENTE A MAYO/2015, SEGUN DOCUMENTACIÓN ACJUNTA.

Cuando : _____ Cuenta : _____

Moneda : BOLIVIANOS

Lic. Zoraida Reyes Carvajal
 TÉCNICO ADMINISTRATIVO
 ESCUELA DE GESTIÓN PÚBLICA PLURINACIONAL

1-Firma

Lic. Wilfredo Rojas
 Prof. en Tesorería y Contabilidad
 ESCUELA DE GESTIÓN PÚBLICA PLURINACIONAL

2-Firma



PRESENTACIÓN DE LA PRUEBA DE LABORATORIO COVID-19



CAJA NACIONAL DE SALUD



COD-LAB: AGL 2888

Nº de Asegurado: 879613 PPE

Cod. Beneficiario: ID

LABORATORIO CLINICO CIMFA MAV (ANEXO 32)

Nombre del Paciente: EDISON ANTONIO PEÑAFIEL PEÑAFIEL

EDAD: 34

Fecha de Solicitud: DRA. VARGAS

Establecimiento de salud: CENTRO CENTINELA ANEXO 32

Fecha de Solicitud: 24/08/2021

PRUEBA RAPIDA CUALITATIVA DE ANTIGENOS: SARS-COV-2

RESULTADO: POSITIVO

NOTA: Para la interpretación de resultados se deberá tomar en cuenta los datos colectados en la ficha epidemiológica, además de la fecha y tiempo de la realización de la toma de muestra.

Responsable del Análisis:

Fecha: 24/08/2021

DRA. VARGAS
DEPARTAMENTO DE SALUD
M.P. F. Q. B. I.



LABORATORIO : CENETROP
FECHA DE RESULTADO : 28/01/2021 ✓
NOMBRE DEL PACIENTE : MARIA ISABEL MENDEZ MELGAR ✓
EDAD : 66 años
CÓDIGO : CDV 7862
TIPO DE MUESTRA : HISOPADO NASOFARINGEO
FECHA DE TOMA DE MUESTRA : 28/01/2021
MÉTODO DE DIAGNÓSTICO : RT - PCR EN TIEMPO REAL
CENTRO DE NOTIFICACIÓN : C.E.N.E.T.R.O.P. - SANTA CRUZ DE LA SIERRA/SCZ
RESPONSABLE TÉCNICO : SEBASTIAN SASIAS

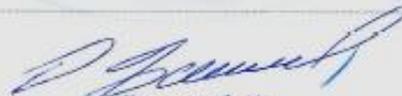
RESULTADOS DE COVID-19

Determinación de SARS-Cov2 por RT - PCR EN TIEMPO REAL :

ARN de SARS-Cov2 : **DETECTADO (POSITIVO)** ✓

La detección de patógenos por amplificación de ácidos nucleicos (PCR) es una importante herramienta diagnóstica la cual debe ser integrada y valorada en conjunto con otros procedimientos biomédicos.

OBSERVACIONES:



Dr. Pablo Zamora Zamora
MEDICO PATOLOGO CLINICO
T. - 87.735 510 - SERES 2291

Recibido por: SANTA CRUZ, RED HOSPITALES (URB.), MUNICIPIO SANTA CRUZ DE LA SIERRA, LABORATORIO CENETROP
Clasificación: ALDO DEIBER GUTIERREZ MOJICA Fecha de emisión: 28/01/2021



COVID-19

CAJA NACIONAL DE SALUD
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Form. AVC - 09.

Dr. José Luis Zamora Cuarter
DIRECTOR
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN

(1) AP. PATERNO	(2) AP. MATERNO	(3) NOMBRE	(4) Número Asegurado
Mamani	Coro	Luis GUALBERTO	80-0712-MCL
(5) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR		(6) Número Empleador	
Dreccion de paratá mental de educacion		05-920-0004	

(7) Riesgo
 Profesional Enfermedad Maternidad

INCAPACIDAD DESDE 30/06/21 HASTA 09/07/21
 DÍAS DE INCAPACIDAD 10 días (Diez)
 FIRMA DEL MÉDICO [Firma] Lugar y Fecha 30-06-21
 UNIDAD SANITARIA [Firma] CLAVE

(8) Salario Bs.
 Importe subsidio Bs.
 SON: [Firma]
 CERTIFICADO N.º 30 JUN 2021
 MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y DERECHOS DEL ASEGURADO
 BOLIVIANOS

(9) Potosí, 30 de Junio de 2021
 Lugar y Fecha
 Msc. Ing. Ana María Martínez López
 RECTORA
 Instituto Tecnológico Superior
 "Ternán Katari"
 Sello y Firma Empresa

(10) [Firma] Firma del Asegurado

LABORATORIO CLÍNICO
vida
 Innovación en Laboratorio Clínico con Calidad y Tecnología

0000548

Daddy: Wenceslao A. Yura Guzman Fecha Pedido: 30/06/2021 Historia: 80-0712-MCL
 Paciente: MAMANI CORO LUIS GUALBERTO Sexo: M Edad: 40 años 11 meses 18 días
 Servicio: LABORATORIO VIDA Origen: LABORATORIO VIDA Destino:

EXAMEN DE LABORATORIO

Determinación	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	Obs.
EXAMEN DE LABORATORIO				
MÉTODO: Enzimoinmunoanalisis de Absorción (ELISA)				
PRUEBA ESPECIAL	RESULTADO		CUTT OFF	
Covid-19 IgM	0.408		0.432	
Conclusión	La muestra se presenta sin zona gris e indeterminada			
Covid-19 IgG	1.796		0.351	
Conclusión	La muestra SI presenta anticuerpos IgG contra el Covid-19 (SARS-CoV-2)			

INTERPRETACION DE RESULTADOS:

- VALORES Mayores al Cutt Off Resultado Reactivo (POSITIVO)
- VALORES Menores al Cutt Off Resultado No Reactivo (NEGATIVO)
- VALORES IGUAL AL CUTT OFF +/-10% Zona Gris e Indeterminada

Validado Por: [Firma]
 M.P.V. - 10230688

TOMA DE MUESTRA A DOMICILIO
 miércoles, 30 de junio de 2021 12:58:18

C.Bo. 10 (ra Ni Mercedes N° 185 - entre Av. Santa Cruz y Clínica Zona San Florencia - (Mercado Uyuni)





CERTIFICADO DE INCAPACIDAD CORRECTO



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

(1) AP. PATERNO	(2) AP. MATERNO	(3) NOMBRE	(4) Número Asegurado
BLANCO	TANGARA	JANETH MIRYAM	905810BTJ
(5) NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR			(6) Número Empleador
MINISTERIO DE EDUCACION			01-920-0001
(7) Riesgo Profesional <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad <input checked="" type="checkbox"/>		(8) Salario Bs. / Importe Subsidio Bs. SON: / CERTIFICADO: /	
INCAPACIDAD DESDE 17 / 10 / 17. HASTA 30 / 11 / 17. DIAS DE INCAPACIDAD Cuarenta y cinco días		CI 6989583 LP	
FIRMA DEL MEDICO UNIDAD SANIT. Dr. J. David Conde Edgar y Fecha MEDICO CIRUJANO GINECOLOGO - OBSTETRA Mat. Prof. C - 542		Nombre y Apellido: /	
(9) 17 - 10 - 17 Lugar y fecha		(10) Firma del Asegurado	
		(11) Lic. Leilani Solari y Larraín Empresa DIRECTORA DEPARTAMENTO DE EDUCACION CHULUMANI DIRECCION DEPTAL. DE EDUCACION LA PAZ	



CORRECTO LLENADO DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

CAJA NACIONAL DE SALUD
DEPARTAMENTO DE AFILIACION
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL Form. AVC - 09

(1) AP. PATERNO	(2) AP. MATERNO	(3) NOMBRE	(4) Número Asegurado
BALDIVIEZO	SANCHEZ	GUSTAVO ANTONIO	94-1105 BSB
(5) NOMBRE RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR		(6) Número Empleador	
POLICIA BOLIVIANA		01-911-0004	

(7) Riesgo: Profesional, Enfermedad, Maternidad

INCAPACIDAD DESDE 30 / 12 / 17 HASTA 01 / 01 / 18

DIAS DE INCAPACIDAD (13 días)

FIRMA DEL MEDICO: [Firma]

UNIDAD SANIT.: [Firma] CLAVE E-358

(8) VISADO: 30 DIC 2017

(9) Lugar y fecha: 30-12-17

(10) Firma del Asegurado: [Firma]

(11) Sello y Firma del Empleador: [Sello y Firma]

SELO DEL DIRECTOR O RESPONSABLE EN CIMFAS Y CIS: [Sello]



**GRACIAS
POR
SU
ATENCIÓN**

