

# 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...



CI 6989583 LP

(8)

Salario Bs. ....

Importe Subsidio Bs. ....

SON: .....

CERTIFICO: .....

Nombre y Apellido .....

*Diego Quirope Illanes*

VIGENCIA DE DERECHOS  
COMUNICACIONAL DE SALUD

DEPARTAMENTO DE SALUD  
CON DISTRITO

2017

# CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL



CAJA NACIONAL DE SALUD DEPARTAMENTO DE AFILIACION		Form. AVC - 09	
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL		POLICLINICO MIRAFLORES COORDINADOR 2º TURNO	
(1) AP. PATERNO	(2) AP. MATERNO	(3) NOMBRE	(4) Número Asegurado
BALDIVIEZO	SANCHEZ	GUSTAVO ANTONIO	94-1105 BSG
(5) NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR			(6) Número Empleador
POLICIA BOLIVIANA			01-911-0004
(7) Riesgo Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/>		(8) Salario Bs. <u>4830814</u>	
INCAPACIDAD DESDE <u>30</u> / <u>12</u> / <u>17</u>		Importe Subsidio Bs. _____	
HASTA <u>01</u> / <u>01</u> / <u>18</u>		SON: _____	
DIAS DE INCAPACIDAD <u>tres días (3)</u>		BOLIVIANOS.	
FIRMA DEL MEDICO <u>Dr. Diana Eliza Mancada</u>		CERTIFICADO	
MEDICO CIRUJANO		ESTACION	
UNIDAD SANT. <u>La Paz</u>		PERSONAL	
CLAVE <u>E-358</u>		Nombre y Firma C.N.S.	
(9) <u>30-12-17</u>		(10) <u>30-12-17</u>	
Lugar y fecha		Lugar y fecha	
(10) <u>J. Rodriguez</u>		(11) <u>La Paz</u>	
Firma del Asegurado		Sello y Firma Empresa	



# REQUISITOS DE PRESENTACIÓN AVC-09 BAJA PRENATAL

- ▶ AVC-09 ORIGINAL Y COPIA
  - ▶ 8 FOTOCOPIAS AVC-09 BAJA PRENATAL
  - ▶ 3 FOTOCOPIAS CARNET DE IDENTIDAD
  - ▶ 3 FOTOCOPIAS AVC-04
- 
- ▶ NOTA: Todos los documentos deben estar cortados del mismo tamaño del AVC-09



# PRESENTACION DE DOCUMENTACION BAJAS PRENATAL

## BAJA PRENATAL

## AVC-04 RAZON SOCIAL PERTENECIENTE AL DISTRITO DE PUERTO VILLARROEL

CORRECTO LLENADO DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Diagram illustrating the correct completion of the **CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL** (AVC-04) form, with fields labeled for completion:

- CAMPOS (1)(2)(3)(4)(5)(6) DATOS SEMEJANTES AL AVC-04**: Points to the top section of the form containing personal and employer data.
- SELLO DEL DIRECTOR O RESPONSABLE EN CIMFAS Y CIS**: Points to the official stamp of the Director or responsible person in CIMFAS and CIS.
- CAMPO (7) TIPO DE RIESGO**: Points to the "Riesgo" field (7) on the form.
- FECHA INICIO Y ALTA BAJA**: Points to the "Desde" and "Hasta" dates (8) on the form.
- DÍAS DE INCAPACIDAD EN LITERAL**: Points to the "Días de Incapacidad" field (9) on the form.
- SELLO Y FIRMA MÉDICO**: Points to the "Firma del Médico" field (10) on the form.
- CAMPO (10) FIRMA ASEGURADO**: Points to the "Firma del Asegurado" field (10) on the form.
- CAMPOS (9) LUGAR Y FECHA LLENADO POR EL EMPLEADOR**: Points to the "Lugar y Fecha" field (11) on the form.
- CAMPO (11) SELLO Y FIRMA DEL EMPLEADOR**: Points to the "Firma del Empleado" field (11) on the form.

Diagram illustrating the correct completion of the **AVISO DE AFILIACION Y REINGRESO DEL TRABAJADOR** form, with fields labeled for completion:

- CAMPO (7) LUGAR Y FECHA EMISIÓN**: Points to the "Lugar y Fecha" field (7) on the form.
- CAMPO (8) VISADO VIGENCIA DE DERECHOS CON FECHA, SELLO PERSONAL Y FIRMA ENCARGADO**: Points to the "Visado Vigencia de Derechos" field (8) on the form.

## FOTOCOPIA CARNET DE IDENTIDAD VIGENTE



anverso



reverso

# REQUISITOS DE PRESENTACIÓN AVC-09

## BAJA POSTNATAL

- ▶ AVC-09 ORIGINAL Y COPIA
- ▶ 8 FOTOCOPIAS AVC-09 BAJA POSTNATAL
- ▶ 3 FOTOCOPIAS CARNET DE IDENTIDAD
- ▶ 3 FOTOCOPIAS AVC-04
- ▶ ORIGINAL Y 3 FOTOCOPIAS DEL CERTIFICADO MEDICO POR DIFERIMIENTO DE DIAS

▶ NOTA: Todos los documentos deben estar cortados del mismo tamaño del AVC-09





# PRESENTACION DE DOCUMENTACION BAJAS POSTNATAL

## BAJA POSTNATAL

CORRECTO LLENADO DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

CAMPOS (1)(2)(3)(4)(5)(6)  
DATOS SEMEJANTES AL AVC-04

SELLO DEL DIRECTOR O  
RESPONSABLE EN  
CIMFAS Y CIS

CAMPO (7)  
TIPO DE  
RIESGO

FECHA INICIO Y  
ALTA BAJA

DÍAS DE  
INCAPACIDAD  
EN LITERAL

SELLO Y FIRMA  
MÉDICO

CAMPO (10)  
FIRMA ASEGURADO

CAMPOS (9)  
LUGAR Y FECHA  
LLENADO  
POR EL EMPLEADOR

CAMPO (11)  
SELLO Y FIRMA DEL  
EMPLEADOR

CAMPO (8)  
VISADO  
VIGENCIA DE  
DERECHOS  
CON FECHA,  
SELLO  
PERSONAL Y  
FIRMA  
ENCARGADO

CAMPO (7)  
LUGAR Y  
FECHA  
EMISIÓN

CAMPO (8)  
VISADO  
VIGENCIA DE  
DERECHOS  
CON FECHA,  
SELLO  
PERSONAL Y  
FIRMA  
ENCARGADO

CAJA NACIONAL DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE AFILIACION  
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL  
Form. AVC - 05

(1) AP. PATERNO (2) AP. MATERNO (3) NOMBRE (4) Número Asegurado  
BALDIVIEZO (5) FECHA DE NACIMIENTO (6) SEXO (7) DOMICILIO DEL TRABAJADOR  
19 10 1981 F COTA COTA CALLE 33 103 LA PAZ

(8) Salario Mensual (9) Ocupación Actual (10) Fecha de Ingreso al Trabajo  
Bs. 4.900.- TECNICO EN TELECOMUNICACIONES 08 SEPTIEMBRE 2005

(11) Nombre o Razón Social del Empleador (12) Número del Empleador  
ESCUELA DE GESTO PUBLICA INSTITUCIONAL 01-911-0105

(13) LA PAZ, 30 DE SEPTIEMBRE DE 2005

(14) FIRMAS DEL TRABAJADOR Y DEL EMPLEADOR

## AVC-04 RAZON SOCIAL PERTENECIENTE AL DISTRITO DE PUERTO VILLARROEL

CAJA NACIONAL DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE AFILIACION  
AVISO DE AFILIACION Y REINGRESO DEL TRABAJADOR

(1) Apellido Paterno (2) Apellido Materno (3) Nombre Trabajador (4) Número Asegurado  
ALVAREZ GUZMAN STARS CANDY 01-6012-AGE

(5) Fecha de Nacimiento (6) Sexo (7) Domicilio del Trabajador  
19 10 1981 F COTA COTA CALLE 33 103 LA PAZ

(8) Salario Mensual (9) Ocupación Actual (10) Fecha de Ingreso al Trabajo  
Bs. 4.900.- TECNICO EN TELECOMUNICACIONES 08 SEPTIEMBRE 2005

(11) Nombre o Razón Social del Empleador (12) Número del Empleador  
ESCUELA DE GESTO PUBLICA INSTITUCIONAL 01-911-0105

(13) LA PAZ, 30 DE SEPTIEMBRE DE 2005

(14) FIRMAS DEL TRABAJADOR Y DEL EMPLEADOR

## FOTOCOPIA CARNET DE IDENTIDAD VIGENTE



anverso



reverso