



SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTO DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Rogamos certificar si las personas detalladas en el presente se encuentran afiliadas a su institución.

Titular:	Nombre Completo			Sexo	Matrícula
	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno		

Beneficiarios:	Nombre Completo			Sexo	Matrícula
	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno		

CAJA NACIONAL DE SALUD

SI NO

Fecha: Oruro, de de 202

La Plata / Adolfo Mier / Bolívar (Plaza 10 de Febrero)

FIRMA Y SELLO

CAJA PETROLERA DE SALUD

SI NO

Fecha: Oruro, de de 202

Diagonal Luna Pomier / Montecinos

FIRMA Y SELLO

CAJA DE CAMINOS

SI NO

Fecha: Oruro, de de 202

Petot / Murguía / Aldana

FIRMA Y SELLO

CAJA COSSMIL

SI NO

Fecha: Oruro, de de 202

Sargento Flores / La Paz / Soria Galvarro

FIRMA Y SELLO

CAJA DE LA BANCA PRIVADA

Obtener Certificado Negativo de la pagina web

<http://www.csbp.com.bo>