



RESOLUCION ADMINISTRATIVA SPVS – IP No. 281

La Paz, 22 ABR 2003

APLICACIÓN DECRETO SUPREMO No. 25902  
DE 15 DE SEPTIEMBRE de 2000

**CONSIDERANDO:**

Que la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (SPVS), con jurisdicción nacional, tiene competencia privativa e indelegable para cumplir y hacer cumplir la Ley de Pensiones, su Reglamento y disposiciones conexas y complementarias, asegurando la correcta aplicación de sus principios políticas y objetivos.

Que el Poder Ejecutivo en fecha 15 de septiembre de 2000 aprobó el Decreto Supremo No. 25902 normando la situación emergente de la aplicación del Seguro Social Obligatorio de largo plazo para: a) personal nacional o extranjero con residencia en Bolivia y que mantenga relación de dependencia laboral con Misiones Diplomáticas y Organismos Internacionales, b) personas extranjeras que mantengan relación de dependencia laboral en Bolivia y que se encuentren protegidas en su país de origen por un SSO con cobertura similar al SSO nacional y c) personas extranjeras que mantengan relación de dependencia laboral con Misiones Diplomáticas y Representaciones Permanentes de la República de Bolivia, destacadas en el exterior, que se encuentren protegidas en esos países por un SSO con coberturas similares al SSO nacional.

Que los Ministerios de Relaciones Exteriores y Culto y Hacienda han emitido la Resolución Bi Ministerial 163 de 12 de diciembre de 2000, siendo necesario operativizar la aplicación del citado Decreto Supremo No. 25902 con la referida Resolución Bi Ministerial.

Que el artículo 6° de la referida norma dispone que las personas extranjeras que tengan relación laboral de dependencia en Bolivia o las personas extranjeras que mantengan dicha relación con las Misiones Diplomáticas, Consulares y Representaciones de la República de Bolivia destacadas en el exterior y estén cubiertas por un Seguro Social de su país de origen o de otro con coberturas similares a las del SSO nacional *quedan exentas de los alcances del SSO*.

Que el Decreto Supremo No. 25902 de 15 de septiembre de 2000 en su artículo 11 dispone que la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros reglamentará mediante Resolución Administrativa expresa aquellos aspectos necesarios para la efectiva y correcta aplicación del citado Decreto Supremo.

**POR TANTO:**



**El Superintendente interino de Pensiones, Valores y Seguros en uso de las atribuciones que tiene conferidas por Ley.**

**RESUELVE:**

**PRIMERO.- (Requisitos para acogerse a la exención).** Las Personas extranjeras con relación de dependencia laboral en Bolivia o las personas nacionales que mantienen dicha relación con Misiones Diplomáticas, Consulares y Representaciones Permanentes de Bolivia en el exterior, para acogerse a la exención establecida en el artículo 6° del Decreto Supremo No.25902, presentarán una certificación de aportes emitido por la Entidad del Seguro Social del país en el que aportan.

Esta certificación será válida en la medida en que el afiliado se encuentre cubierto por un seguro social equivalente al Seguro Social Obligatorio de largo plazo de Bolivia.

La AFP recepcionará la solicitud del afiliado para acogerse a la presente exención, cumpliendo los siguientes requisitos mínimos:

- a) Toda la documentación presentada deberá estar legalizada por el Ministerio de Relaciones Exteriores del país de origen que emita la certificación, el Consulado Boliviano y el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de Bolivia.
- b) Si la documentación y certificación es enviada en idioma diferente al español, será traducido en Bolivia por un instituto de lingüística o un traductor autorizado por autoridad competente.
- c) La certificación debe ser emitida por el personal responsable de la Entidad que lo otorga y, consignará **como mínimo** lo siguiente:
  - Datos del afiliado: nombre, número, tipo de documento y fecha de nacimiento.
  - Nombre de la Entidad en la que el afiliado se encuentra registrado, nombres y cargo de la persona que firma la certificación.
  - Especificar si se encuentra cubierto por las siguientes prestaciones: Jubilación o Vejez, Invalidez y Muerte por causa común (no laboral), Invalidez y Muerte por causa profesional (laboral) aún si la persona se halla trabajando fuera del país en el que se aporta.
  - Detalle de la documentación que se adjunta como respaldo, (por ejemplo estados de cuenta individual)
  - Día, mes y año en el que se emite la certificación.





- Sello y firma de la persona responsable de la entidad certificadora.

**SEGUNDO.- (Obligaciones de la AFP).** Para el procesamiento de la exención, la AFP cumplirá lo siguiente:

- 1.1. Verificar que la documentación cumpla con lo dispuesto por la presente Resolución Administrativa y que contenga la firma y sello del ejecutivo responsable de la Entidad a la que aporta en el país de origen, así como la legalización del Ministerio de Relaciones Exteriores del país de origen, Consulado Boliviano y Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de Bolivia.
- 1.2. Determinar de acuerdo a lo establecido por el artículo 8° del D. S. No.25902, el alcance de la exención (prestaciones que son cubiertas).
- 1.3. Llenar el Formulario, cuyo modelo se remite adjunto. En dicho Formulario en el área de llenado exclusivo para la AFP, debe constar la fecha de emisión y el sello de la Administradora.
- 1.4. Informar al solicitante en un plazo de cinco (5) días hábiles de recibida la carta de solicitud, la aceptación o rechazo de la exención, entregándole copia del Formulario, **después de que él lo firme en conformidad.**
- 1.5. Abrir para cada caso, un archivo con el original del formulario y la documentación presentada por la persona interesada.

**TERCERO.- (Inicio de la Exención).** Determinado el alcance de la exención según lo dispuesto en el numeral 2.2. anterior, la AFP dará curso a la misma a partir del mes de elaboración del Formulario.

**CUARTO.- (Comunicaciones).** Toda comunicación que requiera dirigir la AFP a una Misión Diplomática o Consular y que no tenga carácter operativo (afiliación, registro, pago de contribuciones, entrega de estados de cuenta y solicitud de beneficios), la canalizará a través del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, debiendo remitir inicialmente copia de la presente Resolución Administrativa.

**QUINTO.- (Formulario).** El Formulario, cuyo modelo se remite adjunto, forma parte indivisible de la presente Resolución Administrativa. La impresión para su uso y entrega a los interesados estará a cargo de cada AFP.

**DISPOSICIÓN ABROGATORIA.** Se abrogan las circulares SPVS -IP Nos. 142/2000 y 052/2001 de 14 de diciembre de 2000 y 18 de mayo de 2001 respectivamente.

**Regístrese, comuníquese y archívese.**



Juan Javier Estenssoro Moreno  
SUPERINTENDENTE DE PENSIONES  
VALORES Y SEGUROS a.l.

# FORMULARIO

## CERTIFICACIÓN DE EXENCIÓN DE APORTES AL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO DE LARGO PLAZO

### SEÑOR(A) AFILIADO(A):

El presente Formulario ha sido llenado de acuerdo a la información proporcionada junto a su solicitud.

### De acuerdo a:

..... ,  
(Nombre y Cargo del ejecutivo o responsable de la Entidad aseguradora en el país de origen)

### Se certifica que:

Que el señor(a) ....., con Número de Documento  
(Nombre y Apellidos del interesado)

de Identidad ....., tipo ..... emitido en.....  
(No. Del Documento) (Pasaporte, Cédula de Identificación, etc.) (País)

se encuentra registrado en ....., donde se halla  
(Nombre de la Entidad donde se halla registrado)

cubierto a la fecha para las siguientes prestaciones: (Marque el espacio / espacios que corresponda).

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Jubilación _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Invalidez y Muerte por causa profesional _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Invalidez y Muerte por causa común _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Invalidez y Muerte por causa profesional (laboral) aún si la persona se halla trabajando fuera del país de origen. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se adjuntan los siguientes documentos presentados por el interesado: (Marque el espacio que corresponda).

Si No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detalle de aportes del solicitante (o equivalente al estado de la cuenta individual)

Otros que demuestren que la persona aporta en esa institución:  
(nombre cualquier otro documento que se adjunte)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### FIRMA DEL INTERESADO

(O del representante que verifica la información contenida en el Formulario)

### ESPACIO PARA LLENADO OBLIGATORIO Y EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES:

Elaborado por: \_\_\_\_\_ Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_  
(nombres y apellidos) (dd/mm/aa)

Sello y firma AFP: \_\_\_\_\_

DEBE ENTREGARSE UNA COPIA PARA AFILIADO Y EL ORIGINAL PARA LA ADMINISTRADORA.