

## REGLAMENTO PARA ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD Y ENTIDADES ASEGURADORAS DE PERSONAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PREPAGO DE SALUD

### SECCIÓN I

#### DISPOSICIONES GENERALES

##### SUBSECCIÓN I

#### OBJETO DEL REGLAMENTO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

**Artículo 1. (Objeto)** El presente Reglamento, tiene por objeto establecer los requisitos para la Constitución y Funcionamiento de Entidades de Prepago de Salud y regular el procedimiento que se debe cumplir; así como la adecuación de Sociedades Comerciales y Entidades Aseguradoras de Seguro de Personas habilitadas, para ofertar y prestar Servicios de Prepago de Salud.

**Artículo 2. (Ámbito de aplicación) I.** El presente Reglamento es de cumplimiento y aplicación obligatoria, para:

1. Sociedades Anónimas que se constituyan para prestar Servicios de Prepago de Salud.
2. Sociedades Anónimas que, con anterioridad a la puesta en vigencia del presente Reglamento, estén constituidas para ofertar y prestar servicios generales de salud a la población, para que se adecuen y presten exclusivamente Servicios de Prepago de Salud.
3. Todas las Sociedades Comerciales que con anterioridad a la puesta en vigencia del presente Reglamento no sean Sociedades Anónimas y estén constituidas para ofertar y prestar servicios generales de salud a la población, para que se puedan adecuarse y presten exclusivamente Servicios de Prepago de Salud.
4. Sociedades Comerciales que, a la emisión del presente Reglamento, están prestando Servicios de Prepago de Salud (no autorizados por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS), para que se adecuen y continúen prestando dichos Servicios.
5. Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas legalmente constituidas y autorizadas para operar en el Mercado de Seguros de Bolivia o aquellas que estén por constituirse; y que deseen prestar Servicios de Prepago de Salud.

**II.** Para la intermediación de Planes de Servicio Prepago de Salud:

1. Corredoras de Seguros, que deseen participar en intermediar la comercialización de Servicios de Prepago de Salud.
2. Agentes de Seguros, que pertenecen a las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas para la comercialización de Servicios de Prepago de Salud.

**Artículo 3. (Entidades Excluidas)** Quedan excluidas de supervisión y regulación por parte de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, las siguientes Entidades:

1. Centros de Asistencia Social de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia.
2. Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo.
3. Instituciones Sin Fines de Lucro, que provean Servicios de Salud, de manera directa o por terceros.
4. Entidades que brindan otro tipo de Servicios de Prepago, que no están relacionados con Servicios de Prepago de Salud.

**Artículo 4. (Prohibición)** Ninguna Persona natural o jurídica, prestará Servicios de Prepago de Salud, ni efectuará avisos, publicaciones y/o pondrá en circulación por cualquier medio de comunicación escrito, electrónico u otro, conocido o por conocerse ofertas y noticias que induzca a las personas a contratar dichos Servicios, sin tener Autorización previa de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

**Artículo 5. (Definiciones)** A efectos de la aplicación del presente Reglamento, se establece las siguientes definiciones de carácter descriptivo, más no limitativo:

- **CONTRATANTE.** Persona natural o jurídica que contrata con la Entidad de Prepago de Salud o con las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas para la prestación de un determinado Servicio Prepago de Salud similar al Seguro.
- **CONTRATO DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD.** Documento que instrumenta y materializa la contratación de un Plan Prepago de Salud; por el cual, una Entidad autorizada al efecto, se obliga a prestar determinado(s) Servicio(s) por un tiempo determinado, a otra(s) persona(s) (Contratante y/o Usuario), a cambio del cobro de una Tarifa de pago Anticipado.
- **ENTIDAD DE PREPAGO DE SALUD.** Es la Entidad que compromete la prestación de un servicio a favor de personas que aleatoriamente puedan requerirlo, contra el pago de una tarifa anticipada.
- **PLAN DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD.** Descripción estructurada de Servicios de Prepago de Salud, que explicará la naturaleza (directa, mixta o indirecta), el Tipo (integral o parcial), la enunciación o enumeración, contenido y alcance de los mismos; diseñados por la Entidad Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Personas habilitada para Servicios a requerimiento o no de sus Contratantes y/o Usuarios.
- **SOCIEDAD COMERCIAL.** Persona Jurídica inscrita en el Registro de Comercio, que tiene por objeto la realización de actos de comercio o la realización de una actividad sujeta al Derecho Comercial; pudiendo estar constituida como cualquiera de los tipos societarios establecidos en el Código de Comercio.
- **TARIFA ANTICIPADA.** Precio establecido en el Contrato de Servicio Prepago de Salud, equivalente en dinero, que debe ser cancelado por el Contratante (del Servicio Prepago de salud similar al Seguro) a la Entidad de Prepago de Salud o Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, de manera previa al consumo o uso del Servicio contratado.
- **USUARIO.** Persona natural que, de acuerdo a lo establecido en el Contrato de Servicio Prepago de Salud, es quien puede consumir la Prestación o Servicio contratado, pudiendo adquirir la cualidad de Titular (si es el Contratante) y/o Beneficiario (si no es quien contrató el Servicio Prepago de Salud).
- **EMERGENCIA MÉDICA.** Situación crítica de peligro evidente para la vida de una persona, producida por un accidente o síntomas agudos y/o severos que requiere la asistencia médica de forma urgente, de tal modo que la falta de atención médica inmediata podría arriesgar la vida de la persona o el deterioro de sus funciones vitales.
- **NOTA TÉCNICA.** Documento que expresa la determinación de la tarifa anticipada de acuerdo a bases técnicas, siguiendo los principios de equidad y suficiencia.

## SUBSECCIÓN II

### SERVICIO PREPAGO DE SALUD

**Artículo 6. (Naturaleza del Servicio Prepago de Salud)** El Servicio Prepago de Salud, es toda prestación destinada a la atención y/o tratamiento de la salud, que una Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada, se obliga a prestar a sus Contratantes y/o Usuarios, quienes a su vez se obligan al pago de una suma de dinero (Tarifa Anticipada) como contraprestación del Servicio a ser prestado por dicha Entidad, el cual puede o no ser consumido durante la vigencia del Contrato de Servicio Prepago de Salud.

Esta prestación del servicio se clasifica en:

1. Directa.
2. Mixta.
3. Indirecta.

**Artículo 7. (Servicio de Prepago de Salud Directa)** El Servicio de Prepago de Salud es Directa, cuando el servicio es prestado o brindado de forma directa por la misma Entidad de Prepago de Salud, utilizando medios de su propiedad y/o recursos humanos de su dependencia, para este fin.

De forma eventual y excepcionalmente podrán contratar los servicios y/o bienes de terceros, en caso de requerir atención o estudios especializados que la Entidad de Prepago de Salud no posea o por fuerza mayor o caso fortuito, o si los tendrían, pero la maquinaria o equipos están dañados.

**Artículo 8. (Servicio de Prepago de Salud Mixta)** El Servicio de Prepago de Salud es Mixta, cuando se unen los Servicios de Prepago de Salud Directa e Indirecta, por lo que para la prestación del servicio podrán contratar los bienes y/o servicios de terceros y; alternatively, utilizar medios de su propiedad y/o recursos humanos de su dependencia.

**Artículo 9. (Servicio Prepago de Salud Indirecta)** El Servicio de Prepago de Salud es Indirecta, cuando para su prestación se debe contratar los bienes y/o servicios de terceros; es decir, la prestación del servicio únicamente se otorga por intermedio de Personas jurídicas o Naturales distintas a la Entidad de Prepago de Salud; entrando en esta categoría las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas para prestar el Servicio de Prepago de Salud.

## SECCIÓN II

### CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO

#### SUBSECCIÓN I

#### REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE CONSTITUCIÓN

**Artículo 10. (Objeto Social)** Las Sociedades Anónimas que se constituyan para prestar Servicios de Prepago de Salud, a partir de la puesta en vigencia del presente Reglamento, deben contemplar expresamente en sus Instrumentos Constitutivos el Objeto Social exclusivo de prestar Servicios de Prepago de Salud.

**Artículo 11. (Requisitos para la Autorización de Constitución)** Las Sociedades Anónimas que se constituyan para prestar Servicios de Prepago de Salud, antes de inscribirse en el Registro de Comercio, deben solicitar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, la Autorización de Constitución como Entidad de Servicio Prepago de Salud, presentando la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:

1. Solicitud de Autorización de Constitución como Entidad de Prepago de Salud, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
2. Documentación Legal:
  - 2.1. Copia Legalizada del Testimonio de Poder del (de los) Representante(s) Legal(es) de la Sociedad, que contenga el Acta de su nombramiento por los Socios, con facultades para representar a la Sociedad Anónima.
  - 2.2. Copia Legalizada del Acta de Fundación de la Sociedad Anónima, que contenga la Resolución de Aprobación de los Estatutos y designación Provisional del Directorio.
  - 2.3. Nómina de los Integrantes del Directorio Provisional.
  - 2.4. Proyecto de Escritura y/o Instrumento de Constitución de la Sociedad Anónima y Estatutos.

El señalado proyecto debe incluir la obligación de los socios accionistas de pagar el Capital Social en el plazo y forma que estipulan los contratos individuales de suscripción de acciones, establecido en Anexo III.
  - 2.5. Copia del Formulario Virtual de Consulta de nombre, extendido por el Registro de Comercio.
3. Estudio de Factibilidad Económico y Financiero, el cual mínimamente deberá contener la información establecida en Anexo I.
  - 3.1. Las inversiones deberán estar sujetas a lo establecido en la Subsección III de la Sección VI del presente Reglamento.
4. Documentación concerniente a cada uno de los Socios:
  - 4.1. Copia simple de su Cédula de Identidad, acompañada de la Certificación Original vigente de la Cédula de Identidad emitida por el SEGIP o copia simple del documento de identificación (Pasaporte o Documento Nacional de Identificación - DNI) para extranjeros.
  - 4.2. Original de Certificado de Solvencia Fiscal de cada socio, emitido por la Contraloría General del Estado o Autoridad Extranjera cuando corresponda.
  - 4.3. Original de Certificado del Registro de Comercio, de no tener Sentencia Judicial de inhabilitación para ejercer el comercio.
  - 4.4. Original de Contratos Individuales de suscripción de acciones, que deben incluir el texto descrito en el Anexo III, sobre el pago de capital social mínimo.
  - 4.5. Original de Certificado de Antecedentes Penales, emitido por Registro Judicial de Antecedentes Penales (REJAP), el cual acredite no tener antecedentes penales con Sentencia Ejecutoriada.
  - 4.6. Hoja de Vida documentada.
  - 4.7. Dirección y/o ubicación de domicilio particular, números telefónicos (fijo y/o celular), fax y correo electrónico.
  - 4.8. Original de Declaración Jurada ante Notario de Fe Pública, haciendo constar que no se encuentra en ninguna de las prohibiciones establecidas en el Artículo 9 de la Ley de Seguros N° 1883.

- 4.9. Original de Declaración Jurada Patrimonial de Bienes, indicando la procedencia de los bienes, activos y/o recursos que formarán parte del Capital Social.

Las Certificaciones y Declaraciones Juradas requeridas, no deben tener una antigüedad mayor a tres (3) meses desde la fecha de su emisión a la fecha de presentación a la APS.

5. Copia simple de las publicaciones de Aviso Público de Inicio del Trámite de Solicitud de Constitución de Entidad de Prepago de Salud ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, según formato (en Anexo IV), realizadas por tres (3) días, con un intervalo de un (1) día por medio, en un Medio de Comunicación Escrito de circulación nacional; cuya antigüedad de la primera publicación, no supere los cinco (5) días hábiles administrativos a la fecha de presentación de la documentación de Solicitud de Autorización de Constitución como Entidad de Prepago de Salud.

**Artículo 12. (Empresas Extranjeras)** Las Empresas Extranjeras, para prestar Servicios de Prepago de Salud en el Estado Plurinacional de Bolivia, deben cumplir con la presentación de la documentación prevista en el artículo precedente, observando lo establecido en el Artículo 413 y siguientes del Código de Comercio.

**Artículo 13. (Objeción de Terceros)** I. Realizada las publicaciones de Aviso al Público de Inicio del Trámite de Solicitud de Constitución de Entidad de Prepago de Salud ante la APS, señaladas en el punto 5 del Artículo 11 del presente Reglamento, toda persona que tenga alguna objeción u oposición para la Constitución o Adecuación de la Entidad de Prepago de Salud por los Solicitantes, referida al cumplimiento de cualquiera de los requisitos establecidos en el presente Reglamento, podrá hacerla conocer a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS dentro los veinticinco (25) días hábiles administrativos siguientes a la fecha de la última publicación, adjuntando a su nota pruebas concretas y fehacientes que demuestren su objeción.

II. Presentada la solicitud de Autorización de Constitución de Entidad de Prepago de Salud, la APS pondrá en conocimiento de los Solicitantes o su Representante Legal toda objeción presentada por terceros, para que en el plazo de cinco (5) días hábiles administrativos siguientes a su notificación presenten sus descargos.

**Artículo 14. (Evaluación de la documentación y plazo de pronunciamiento)** Presentada la documentación señalada en el Artículo 11 del presente Reglamento, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, revisará la misma, junto a las objeciones de terceros y descargos presentados (de haber), debiendo pronunciarse en los siguientes treinta y cinco (35) días hábiles administrativos, computables desde el día siguiente hábil de la fecha de presentación de la solicitud, emitiendo la respectiva Resolución Administrativa de Autorización o Rechazo de Constitución.

**Artículo 15. (Autorización de Constitución de Entidad de Prepago de Salud)** I. Si la solicitud de Autorización de Constitución y/o sus documentos presentados no reúne los requisitos legales esenciales, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS requerirá mediante nota al interesado, para que en un plazo no superior a cinco (5) días subsane la deficiencia o acompañe los documentos y/o información requerida, con indicación de que, si así no lo hiciera, se dictará resolución de rechazo.

II. De no existir observación alguna en la documentación e información presentada, ni fundamento en las objeciones realizadas por terceros (de haber), la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente, autorizando la Constitución de la Entidad de Prepago de Salud, otorgando a los solicitantes un plazo de hasta ciento veinte (120) días hábiles administrativos para que presenten la documentación requerida en el Artículo 17 del presente Reglamento solicitando la Autorización de Funcionamiento; haciendo constar que, la presentación de la Solicitud de Autorización de Funcionamiento fuera de plazo o la no presentación de la misma, dará lugar a la emisión de una Resolución Administrativa que Revoque la Autorización de Constitución otorgada concluyendo el trámite; situación en la cual, los Solicitantes podrán tramitar nuevamente la Autorización de Constitución.

**Artículo 16. (Rechazo de Constitución de Entidad de Prepago de Salud)** La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, rechazará mediante Resolución Administrativa fundamentada la Solicitud de Autorización de Constitución como Entidad de Prepago de Salud, cuando:

1. No subsane la deficiencia o acompañe toda la documentación y/o información requerida en el Artículo 11 del presente Reglamento.
2. Los solicitantes habiendo presentado la documentación y/o información requerida en el Artículo 11 del presente Reglamento, o su contenido no cumpla con lo requerido.
3. Encuentre fundada las objeciones presentadas por terceros referidas al cumplimiento de cualquiera de los requisitos establecidos en el presente Reglamento.

## SUBSECCIÓN II

### REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

**Artículo 17. (Requisitos para la Autorización de Funcionamiento)** Una vez que la Sociedad Anónima haya obtenido la Resolución Administrativa de Autorización de Constitución como Entidad de Prepago de Salud y esté inscrita en el Registro de Comercio, dentro el plazo establecido, debe solicitar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS la Autorización de Funcionamiento, presentando la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:

1. Solicitud de Autorización de Funcionamiento, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
2. Documentación Legal de la Entidad de Prepago de Salud:
  - 2.1. Copia Legalizada de Poder del (de los) Representante(s) Legal(es) de la Entidad que prestará los Servicios de Prepago de Salud, registrada en el Registro de Comercio, acompañado de copia simple de su (s) Cédula de Identidad y Certificación original vigente de su Cédula de Identidad emitida por el SEGIP.
  - 2.2. Original o Copia legalizada de la Matrícula de inscripción en el Registro de Comercio.
  - 2.3. Testimonio de la Escritura Pública de Constitución Social de la Entidad de Prepago de Salud, en original o fotocopia legalizada legible, con la inserción del Acta de Fundación de la Sociedad, que contenga la Resolución de Aprobación de Estatutos y designación del Directorio, debidamente registrado en el Registro de Comercio.

El Testimonio de la Escritura Pública de Constitución debe incluir la obligación para que los socios accionistas paguen el Capital Social en el plazo y forma que estipulan los contratos individuales de suscripción de acciones.
  - 2.4. Estatuto de la Entidad de Prepago de Salud y sus modificaciones (de existir), el mismo que puede ser insertado en la Escritura Constitutiva o instrumentalizado por separado en un Testimonio Notarial.
  - 2.5. Publicación del Testimonio de la Escritura Pública de Constitución conforme normativa del Registro de Comercio.
  - 2.6. Copia Legalizada del Acta de Posesión del Directorio.
  - 2.7. Detalle de la estructura societaria, indicando nombres, porcentajes de participación, domicilio y nacionalidad de los Socios.



- 2.8. Copia legalizada o emisión electrónica del Certificado de Inscripción al Padrón nacional de Contribuyentes.
- 2.9. Original de Certificado de Solvencia Fiscal de la Entidad de Prepago de Salud, emitido por la Contraloría General del Estado, cuya antigüedad no supere los tres (3) meses.
- 2.10. Copia legalizada de la Licencia de Funcionamiento, emitida por el Gobierno Autónomo Municipal en el cual se encuentre la Oficina Central.
- 2.11. El Balance Inicial debe estar firmado por el Representante Legal y el Profesional que intervino, debidamente documentado, adjuntando además el Balance Inicial Auditado por una Firma de Auditoría Externa registrada ante esta Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, acompañando la respectiva solvencia profesional original otorgada por el Colegio de Contadores o Auditores, el mismo que cumplirá las reglas del Artículo 38 del presente Reglamento. La antigüedad del Balance Inicial Auditado no debe ser mayor a dos (2) meses desde su emisión hasta la presentación a esta Autoridad.
3. Documentación concerniente a cada uno de los miembros del Directorio, en caso que los socios no fueran miembros del Directorio o no hubiesen presentado esta documentación en el proceso de constitución:
  - 3.1. Copia simple de la Cédula de Identidad, acompañada de la Certificación Original vigente de la Cédula de Identidad emitida por el SEGIP o copia simple del documento de identificación (Pasaporte o DNI) para extranjeros.
  - 3.2. Original de Certificado del Registro de Comercio, de no tener Sentencia Judicial de inhabilitación para ejercer el comercio, cuya fecha de emisión no sea mayor a tres (3) meses.
  - 3.3. Original de Declaración Jurada ante Notario de Fe Pública, haciendo constar que no se encuentra en ninguna de las prohibiciones establecidas en el Artículo 310 del Código de Comercio, cuya antigüedad no supere los tres (3) meses.
  - 3.4. Original de Certificado de Registro de Fianza emitido por el Registro de Comercio, acompañado de una copia simple de la Fianza; haciéndose notar que la Fianza debe estar conforme lo señalado en el Artículo 18 del Presente Reglamento.
4. Documentación e información para la operativa de la Entidad de Prepago de Salud:
  - 4.1. Domicilio legal, teléfonos y sitio web.
  - 4.2. Copia simple del Folio Real del bien inmueble donde funcionará la Oficina Central (de ser de su propiedad) o contrato de arrendamiento o anticresis que acredite la posesión del mismo.
  - 4.3. Dirección de todas las oficinas administrativas de la Entidad de Prepago de Salud y Centro(s) de Salud donde prestará el Servicio.
  - 4.4. Manuales Operativos, que incluyan los procedimientos: de la actividad de Servicios de Prepago de Salud; y los de Control y Detección de LGI/FT (Legitimación de Ganancias Ilícitas y/o Financiamiento al Terrorismo).
  - 4.5. Proyectos de Contratos de Servicio Prepago de Salud, anexos y formularios, con los que iniciará actividades, para su correspondiente Registro.
  - 4.6. Nota Técnica, conforme a Anexo II.

- 4.7. Compromiso de presentación de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil suscrito por el Representante Legal, conforme lo señalado en el Artículo 19 del presente Reglamento.
- 4.8. Documentación que respalde la existencia, condiciones de infraestructura, equipamiento adecuado que garantice la prestación del Servicio Prepago de Salud similar al Seguro, autorizaciones y licencias de funcionamiento vigentes de acuerdo al servicio prestado, emitidas por Autoridad competente.

Las Certificaciones y Declaraciones Juradas requeridas, no deben tener una antigüedad mayor a tres (3) meses desde la fecha de su emisión a la fecha de presentación a la APS.

La presentación de la Solicitud de Autorización de Funcionamiento fuera de plazo o la no presentación de la misma, dará lugar a la emisión de una Resolución Administrativa que Revoque la Autorización de Constitución otorgada. En caso que los solicitantes mantuvieran su interés de Constitución de la Entidad de Prepago de Salud, deberán tramitar nuevamente la Autorización de Constitución.

**Artículo 18. (Fianza)** Todo Director Titular y Suplente, Síndico, Gerente y Administrador de la Entidad Prepago de Salud, debe constituir, antes del inicio de sus funciones y mantener vigente durante el tiempo de las mismas, una Fianza destinada a garantizar las responsabilidades emergentes del desempeño de su cargo, por un valor equivalente a veinticuatro (24) meses del sueldo total más alto pagado en la Entidad de Prepago de Salud, sin considerar descuentos de Ley; la cual debe estar inscrita en el Registro de Comercio.

**Artículo 19. (Póliza de Seguro) I.** Una vez obtenida la Resolución de Autorización de Funcionamiento, las Entidades de Prepago de Salud para prestar Servicios de Prepago de Salud, deben presentar y mantener una Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil que cobertura los daños emergentes de los servicios prestados a sus Contratantes y/o Usuarios en el ejercicio de sus actividades u operaciones, con un valor asegurado de USD.500.000,00.- (Quinientos Mil Dólares Estadounidenses 00/100) o su equivalente en moneda nacional, la misma debe estar vigente en todo momento.

**II.** La presentación de la renovación de la Póliza de Seguro señalada en párrafo precedente, a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, debe realizarse como mínimo un (1) mes antes de la fecha de su vencimiento.

**Artículo 20. (Evaluación y pronunciamiento sobre la Solicitud de Autorización de Funcionamiento)** Presentada la documentación señalada en el Artículo 17 del presente Reglamento, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS, revisará la misma, debiendo pronunciarse dentro los veinte (20) días hábiles administrativos siguientes a la presentación de la solicitud, emitiendo la respectiva Resolución Administrativa de Autorización o Rechazo de Funcionamiento, o en su caso observando la documentación y/o información presentada.

**Artículo 21. (Observaciones a la documentación) I.** Si de la evaluación realizada a la documentación y/o información presentada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS encontrará observaciones, comunicará las mismas por escrito a los solicitantes o su Representante Legal; pudiendo, de ser necesario, solicitar la aclaración, ampliación o complementación de dicha documentación y/o información, otorgándoles para el efecto, un plazo no menor a diez (10) ni mayor a noventa (90) días hábiles administrativos para su regularización y/o presentación.

**II.** Los solicitantes o su Representante Legal, antes de vencido el plazo otorgado, pueden solicitar por una (1) sola vez la ampliación del mencionado plazo, adjuntando los respaldos necesarios que justifiquen su solicitud.

**III.** Habiéndose subsanado las observaciones realizadas, una vez presentada la documentación y/o información, nuevamente se computará los veinte (20) días hábiles administrativos para que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS se pronuncie.



IV. La entrega, fuera del plazo otorgado, a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS de la documentación y/o información complementaria solicitada que subsane las observaciones realizadas, será considerada como no presentada.

**Artículo 22. (Autorización de Funcionamiento como Entidad de Prepago de Salud) I.** Si no existiera ninguna observación o causal de rechazo en la solicitud de Autorización de Funcionamiento presentada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente que: Autorice el Funcionamiento de la Entidad de Prepago de Salud para la prestación de Servicios de Prepago de Salud, instruya su inscripción en Registro del Mercado de Seguros (RMS) y le asigne un Código de Entidad de Prepago de Salud.

II. La Autorización de Funcionamiento, caducará automáticamente si la Entidad de Prepago de Salud no inicia sus operaciones dentro los siguientes noventa (90) días hábiles administrativos de haber sido notificada con la Resolución Administrativa de Autorización de Funcionamiento; debiendo la Entidad de Prepago de Salud tramitar nuevamente la Autorización de Funcionamiento.

III. Adicionalmente a la Autorización de Funcionamiento, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente de Registro del (de los) Contrato(s) de Servicio(s) Prepago de Salud con los que iniciará actividades; o en su caso observará el Proyecto de Contrato y/o la Nota Técnica remitida, siguiéndose el procedimiento establecido en el Artículo 69 del presente Reglamento.

**Artículo 23. (Rechazo de Solicitud de Autorización de Funcionamiento como Entidad de Prepago de Salud) I.** La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS rechazará mediante Resolución Administrativa fundamentada la solicitud de Autorización de Funcionamiento como Entidad de Prepago de Salud, cuando se presente cualquiera de las siguientes causales:

1. No se cumpla con cualquiera de los requisitos establecidos en el Artículo 17 del presente Reglamento.
2. La Empresa en formación, a través de su Representante Legal, en el plazo otorgado, no subsanen la(s) observación(es) realizada(s) y/o no presenten la documentación y/o información adicional requerida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
3. De la revisión realizada a la documentación y/o información presentada, adicional o subsanada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS determine que la misma es inexacta, incompleta o contradictoria.

No se cumpla con el Capital Mínimo Requerido por Ley, equivalente en bolivianos conforme al Artículo 38 del presente Reglamento, señalado en el Balance Auditado, Escritura Pública y Constitución y Estatutos Sociales o con el pago comprometido en la forma y plazo establecido en los Contratos Individuales de Suscripción de Acciones.

II. La Empresa en formación, a través de su Representante Legal, dentro los ciento veinte (120) días hábiles administrativos siguientes a la notificación con la Resolución Administrativa de Rechazo, podrán solicitar nuevamente la Autorización de Funcionamiento como Entidad de Prepago de Salud adjuntando la documentación requerida para el efecto; de lo contrario, pasado el tiempo señalado, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, emitirá la Resolución Administrativa revocando la Autorización de Constitución otorgada.

**Artículo 24. (Condiciones posteriores) I.** Las Entidades de Prepago de Salud constituidas, autorizadas para la prestación de Servicios de Prepago de Salud e inscritas en Registro del Mercado de Seguros (RMS), deben mantener en todo momento como mínimo las condiciones y/o requisitos que dieron lugar a su Autorización de Constitución y Funcionamiento como Entidad de Prepago de Salud.

II. Cualquier cambio o modificación que afecte las condiciones y/o requisitos que dieron lugar a su Autorización de Constitución, Inscripción en el Registro de Comercio y/o Autorización de Funcionamiento, debe ser reportado dentro los siguientes dos (2) días hábiles administrativos de producirse a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, Autoridad que se pronunciará en los siguientes quince (15) días hábiles administrativos de conocido el hecho, sobre el cambio o modificación efectuado.

### SECCIÓN III

#### ADECUACIÓN DE SOCIEDADES COMERCIALES A ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD

##### SUBSECCIÓN I

#### REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN DE ADECUACIÓN A ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD

**Artículo 25. (Adecuación de Tipo Societario)** Las Sociedades Comerciales que prestan Servicios de Prepago de Salud y/o Servicios Generales de Salud, que no estén constituidas como Sociedad Anónima; antes de proceder con la Transformación de Tipo Societario a Sociedad Anónima deben:

1. Solicitar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, la Autorización de Adecuación a Entidad de Prepago de Salud.
2. Para proceder a la Transformación de Tipo Societario a Sociedad Anónima, debe tomar en cuenta los requisitos y procedimiento establecidos en los Artículos 27 al 30 del presente Reglamento; y posteriormente gestionar la Autorización de Funcionamiento.

**Artículo 26. (Adecuación de Objeto Social)** Toda Sociedad Comercial constituida con anterioridad a la puesta en vigencia del presente Reglamento, que presta Servicios de Prepago de Salud y/o Servicios Generales de Salud; y que no tenga como Objeto Social la prestación de Servicios de Prepago de Salud, adicionalmente a la modificación de tipo societario descrita en el Artículo 25 (si corresponde), deben adecuar el Objeto Social en sus documentos constitutivos y posteriormente solicitar la Autorización de adecuación, tomando en cuenta los requisitos y procedimiento señalados en los Artículos 27 y 28 del presente Reglamento.

**Artículo 27. (Documentación para solicitud de Autorización de Adecuación de Tipo Societario y/u Objeto Social)** Las Sociedades Comerciales, para obtener la Autorización de Adecuación de Tipo Societario y/u Objeto Social para prestar Servicios de Prepago de Salud, deben presentar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:

1. Solicitud de Autorización de Adecuación de Tipo Societario y/u Objeto Social, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
2. Documentación Legal:
  - 2.1. Copia Legalizada del Testimonio de Poder del (de los) Representante(s) Legal(es) de la Sociedad Comercial solicitante, inscrita en el Registro de Comercio, acompañado de copia simple de la (s) Cédula (s) de Identidad y Certificación original vigente de la Cédula de Identidad emitida por el SEGIP.
  - 2.2. Proyecto de Escritura Pública de Transformación a Sociedad Anónima y del Objeto Social exclusivo para Servicios de Prepago de Salud (según corresponda) o texto que irá a reemplazar, aclarar o complementar la Escritura de Constitución y Estatutos.
  - 2.3. Detalle de la estructura societaria, indicando nombres, porcentajes de participación, domicilio y nacionalidad de los Socios.

3. Estudio de Factibilidad Económico y Financiero, el cual mínimamente deberá contener la información establecida en Anexo I.
4. Certificado de Solvencia Fiscal de la Sociedad Comercial emitido por la Contraloría General del Estado, actualizado.
5. Información concerniente a cada uno de los Socios:
  - 5.1. Copia simple de su Cédula de Identidad, acompañada de la Certificación Original vigente de la misma emitida por el SEGIP o copia simple del documento de identificación (Pasaporte o Documento Nacional de Identificación - DNI) para extranjeros.
  - 5.2. Original de Certificado de Solvencia Fiscal de cada socio, emitido por la Contraloría General del Estado o Autoridad Extranjera, cuando corresponda.
  - 5.3. Original de Certificado de Registro de Comercio, de no tener Sentencia judicial de inhabilitación para ejercer el comercio
  - 5.4. Original de Certificado de Antecedentes Penales, emitido por Registro Judicial de Antecedentes Penales (REJAP), el cual acredite no tener antecedentes penales con Sentencia Ejecutoriada.
  - 5.5. Hoja de Vida documentada.
  - 5.6. Dirección y/o ubicación de Domicilio particular, números telefónicos (fijo y/o celular), fax y correo electrónico.
  - 5.7. Original de Declaración Jurada ante Notario de Fe Pública, haciendo constar que no se encuentra en ninguna de las prohibiciones establecidas en el Artículo 9 de la Ley de Seguros N° 1883.
  - 5.8. Original de Declaración Jurada Patrimonial de Bienes, indicando la procedencia de los bienes, activos y/o recursos que formarán parte del Capital Social.

Las Certificaciones y Declaraciones juradas requeridas, no deben tener una antigüedad mayor a tres (3) meses desde la fecha de su emisión a la fecha de presentación a la APS.

6. Copia simple de las publicaciones de Aviso Público de Inicio del Trámite de Solicitud de Adecuación de Entidad de Prepago de Salud ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, según formato (Anexo IV), realizadas por tres (3) días, con un intervalo de un (1) día por medio, en un Medio de Comunicación Escrito de circulación nacional; cuya antigüedad de la primera publicación, no supere los cinco (5) días hábiles administrativos a la fecha de presentación de la documentación de Solicitud de Autorización de Constitución como Entidad de Prepago de Salud.

**Artículo 28. (Procedimiento para la obtención de Autorización de adecuación como Entidad de Prepago de Salud)** Para la obtención de la Resolución Administrativa de Autorización de Adecuación de Tipo Societario y/u Objeto Social para la prestación de Servicios de Prepago de Salud, se seguirá el procedimiento establecido en los Artículos 13 al 16 del presente Reglamento.

## SUBSECCIÓN II

### REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE EMPRESAS ADECUADAS A ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD

**Artículo 29. (Requisitos para la Autorización de Funcionamiento)** La Sociedad Anónima que haya obtenido la Autorización de Adecuación y que esté inscrita en el Registro de Comercio con el Objeto Social exclusivo para prestar Servicios de Prepago de Salud, para poder prestar dichos Servicios, debe solicitar

la Autorización de Funcionamiento a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, presentando la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañado de una copia simple de la misma.

1. Solicitud de Autorización de Funcionamiento, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
2. Documentación Legal de la Entidad de Prepago de Salud:
  - 2.1. Copia Legalizada de Poder del (de los) Representante (s) Legal (es) de la Entidad que prestará los Servicios de Prepago de Salud, registrada en el Registro de Comercio, acompañado de copia simple de la (s) Cédula de Identidad y Certificación Original vigente de su Cédula de Identidad emitida por el SEGIP.
  - 2.2. Original o Copia Legalizada de la Matrícula de inscripción en el Registro de Comercio.
  - 2.3. Testimonio de la Escritura Pública de Constitución (Modificación, Transformación, Aclaración), en original o fotocopia legalizada legible, que contenga la transcripción del Acta de Asamblea de Socios o Junta de Accionistas en la que conste la aprobación de la modificación constitutiva o transformación de la Sociedad (para Sociedades Comerciales que se hayan transformado a Sociedades Anónimas).
  - 2.4. Estatuto de la Entidad de Prepago de Salud y sus modificaciones (de existir), el mismo que puede ser insertado en la Escritura Constitutiva o instrumentalizado por separado en un Testimonio Notarial.
  - 2.5. Copia Legalizada del Acta de Posesión del Directorio.
  - 2.6. Detalle de la Estructura Societaria, indicando nombres, porcentajes de participación, domicilio y nacionalidad de los Socios.
  - 2.7. Copia legalizada o emisión electrónica del Certificado de Inscripción al Padrón Nacional de Contribuyentes.
  - 2.8. Original de Certificado de Solvencia Fiscal, emitido por la Contraloría General del Estado, cuya antigüedad no supere los tres (3) meses desde su emisión.
  - 2.9. Copia legalizada de la Licencia de Funcionamiento, emitida por el Gobierno Autónomo Municipal en el cual se encuentre la Oficina Central.
3. Balance Especial, aprobado por los socios o en su caso la junta de accionistas, el cual no debe exponer pérdidas acumuladas y debe estar firmado por el Representante Legal y el Profesional que intervino, adjuntando además el Balance Especial Auditado por una Firma de Auditoría Externa registrada ante esta Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros- APS, acompañando la respectiva solvencia profesional original otorgada por el Colegio de Contadores o Auditores, el mismo que cumplirá las reglas del Artículo 38 del presente Reglamento.

La antigüedad del Balance Especial Auditado no debe ser mayor a dos (2) meses desde su emisión hasta la presentación a esta Autoridad.
4. Documentación concerniente a cada uno de los miembros del Directorio, en caso que los socios no fueran miembros del Directorio o no hubiesen presentado esta documentación en el proceso de adecuación:
  - 4.1. Copia simple de su Cédula de Identidad, acompañada de la Certificación Original vigente de la Cédula de Identidad emitida por el SEGIP o copia simple del documento de identificación (Pasaporte o DNI) para extranjeros.

- 4.2. Original de Certificado del Registro de Comercio, de no tener Sentencia Judicial de inhabilitación para ejercer el comercio, cuya fecha de emisión no sea mayor a tres (3) meses.
- 4.3. Original de Declaración Jurada ante Notario de Fe Pública, haciendo constar que no se encuentra en ninguna de las prohibiciones establecidas en el Artículo 310 del Código de Comercio, cuya antigüedad no supere los tres (3) meses.
- 4.4. Original de Certificado de Registro de Fianza emitido por el Registro de Comercio, acompañado de una copia simple de la Fianza; haciéndose notar que la Fianza debe estar conforme lo señalado en el Artículo 18 del Presente Reglamento.
5. Documentación e información para la operación de la Entidad de Prepago de Salud:
  - 5.1. Domicilio legal, teléfonos y sitio web.
  - 5.2. Copia simple del Folio Real del bien inmueble donde funcionará la Oficina Central (de ser de su propiedad) o contrato de arrendamiento o anticresis que acredite la posesión del mismo.
  - 5.3. Dirección de todas las oficinas de la Entidad de Prepago de Salud en el país y Centro(s) de Salud donde prestará el Servicio.
  - 5.4. Manuales Operativos, que incluyan los procedimientos: de la actividad de Servicios de Prepago de Salud; y los de Control y Detección de LGI/FT.
  - 5.5. Proyectos de Contratos de Servicio Prepago de Salud, anexos y formularios, con los que iniciará actividades, para su correspondiente Registro.
  - 5.6. Nota Técnica, conforme a Anexo II.
  - 5.7. Compromiso de presentación de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil suscrito por el Representante Legal, conforme lo señalado en el Artículo 19 del presente Reglamento.
  - 5.8. Documentación que respalde: la existencia, condiciones de infraestructura, equipamiento adecuado que garantice la prestación del Servicio Prepago de Salud similar al Seguro, autorizaciones y licencias de funcionamiento vigentes de acuerdo al servicio prestado, emitidas por Autoridad competente.

Las Certificaciones y Declaraciones Juradas requeridas, no deben tener una antigüedad mayor a tres (3) meses desde la fecha de su emisión a la fecha de presentación a la APS.

La presentación de la Solicitud de Autorización de Funcionamiento fuera de plazo o la no presentación de la misma, dará lugar a la emisión de una Resolución Administrativa que Revoque la Autorización de Adecuación otorgada. En caso que los solicitantes mantuvieran su interés de Constitución de la Entidad de Prepago de Salud, deberán tramitar nuevamente la Autorización de Constitución.

**Artículo 30. (Procedimiento para la obtención de Autorización de Funcionamiento)** Para la obtención de la Resolución Administrativa de Autorización de Funcionamiento de Sociedades Comerciales adecuadas a Entidades de Prepago de Salud, se seguirá el procedimiento establecido en los Artículos 20 al 24 del presente Reglamento.

## SECCIÓN IV

### HABILITACIÓN DE ENTIDADES ASEGURADORAS DE SEGUROS DE PERSONAS PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE SERVICIOS PREPAGO DE SALUD

#### SUBSECCIÓN I

##### AUTORIZACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN PARCIAL DE SU ESCRITURA DE CONSTITUCIÓN

**Artículo 31. (Objeto Social)** Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas, debidamente Autorizadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, podrán prestar Servicios de Prepago de Salud, cuando dicha actividad este expresamente contemplada en su Objeto Social.

**Artículo 32. (Adecuación de Objeto Social) I.** Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas que no contemplen dentro su Objeto Social el prestar Servicios de Prepago de Salud, antes de proceder con la modificación, aclaración y/o complementación del Objeto Social en sus Instrumentos Constitutivos ante Registro de Comercio, deben solicitar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, la Autorización para la Modificación Parcial de su Escritura de Constitución y Estatuto, remitiendo la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:

1. Solicitud de Autorización para la modificación parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros -APS.
2. Original o copia legalizada de la Escritura Pública del Acta de la Junta General de Accionistas que contenga la aprobación de modificación de la Escritura de Constitución y Estatutos, así como el texto que irá a reemplazar, aclarar o complementar dichos documentos.

**II.** Presentada la documentación descrita en el párrafo precedente, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS procederá con su revisión, debiendo pronunciarse en los siguientes diez (10) días hábiles administrativos, emitiendo la Resolución Administrativa de Autorización de Modificación Parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, u observando la documentación presentada.

En caso de existir observaciones, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS comunicará por escrito las mismas a la Entidad Aseguradora de Seguros de Personas solicitante para que las subsane.

**III.** Habiéndose subsanado las observaciones realizadas, una vez presentada la documentación, nuevamente se computarán los diez (10) días hábiles administrativos para que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS se pronuncie.

**IV.** Si no existiera ninguna observación en la solicitud presentada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente Autorizando la Modificación Parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, otorgando a la Entidad Aseguradora de Seguros de Personas veinte (20) días hábiles administrativos para que remita la siguiente documentación:

1. Original o copia legalizada del Testimonio de la Escritura Pública de modificación, aclaración y/o complementación a la Escritura de Constitución y/o Estatutos, la misma que debe contener el Acta de su aprobación por la Junta General de Accionistas, debidamente registrada en el Registro de Comercio.
2. Original de Certificado de Registro de Modificación, emitido por el Registro de Comercio.



## SUBSECCIÓN II

### HABILITACIÓN PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD

**Artículo 33. (Habilitación de Modalidad y Registro de Contrato de Servicio Prepago)** Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas, para poder ofrecer y comercializar Servicios de Prepago de Salud, por única vez, a tiempo de solicitar el Registro del primer Contrato de Servicio de Prepago, deben pedir la Habilitación de la Modalidad "Servicios Prepago" registrada bajo el Código "95" en el Documento de Registro de Pólizas y el Codificador para el Sistema de Registro de Pólizas; el registro y codificación de los Contratos de Servicio Prepago se lo realizará observando los requisitos y procedimiento establecidos en los Artículos 68 y 69 del presente Reglamento.

**Artículo 34. (Información al Contratante)** Toda Entidad Aseguradora de Seguro de Personas habilitada que ofrezcan y comercialicen Servicios de Prepago de Salud, tienen la obligación de explicar claramente a toda persona, las características propias del Servicio Prepago ofertado y/o contratado; para lo cual, deben disponer de todos los recursos (humanos y físicos), material informativo y medios necesarios, de tal manera que el Contratante tenga conocimiento del Servicio adquirido.

**Artículo 35. (Cumplimiento de la normativa vigente)** I. Las nuevas Entidades Aseguradoras que se formen para otorgar Seguros de Personas y/o además busquen constituirse para prestar Servicios de Prepago de Salud, sujetarán sus acciones y requisitos a las disposiciones legales de la Ley de Seguros N° 1883, su reglamentación y regulación especial de Entidades Aseguradoras, vigente.

II. Las Entidades citadas en el párrafo precedente, únicamente deben prever que el objeto social con el que vayan a constituirse, además de otorgar Seguros de Personas, incluya el ramo Servicios de Prepago de Salud y la Habilitación de la Modalidad "Servicios Prepago" registrada bajo el Código "95" en el Documento de Registro de Pólizas y el Codificador para el Sistema de Registro de Pólizas.

III. Toda Entidad Aseguradora de Seguro de Personas habilitada para ofrecer y comercializar Servicios de Prepago de Salud, está obligada a observar y cumplir en todo momento la Normativa Legal y Regulatoria vigente referida a Seguros y Servicios de Prepago de Salud.

## SECCIÓN V

### INTERMEDIACIÓN DE SERVICIOS PREPAGO DE SALUD

**Artículo 36. (Objeto Social de las Corredoras de Seguros)** I. Las Corredoras de Seguros nuevas que deseen intermediar Servicios de Prepago de Salud, deben tener contemplada dicha actividad dentro el Objeto Social de sus Instrumentos Constitutivos.

II. Las Corredoras de Seguros constituidas que no tengan dentro el Objeto Social de sus Instrumentos Constitutivos el intermediar Servicios de Prepago de Salud, para poder realizar la señalada actividad, deben incluirlo tomando en cuenta el procedimiento establecido en el artículo siguiente.

**Artículo 37. (Modificación del Objeto Social)** I. Las Corredoras de Seguros, antes de proceder con la modificación, aclaración y/o complementación del Objeto Social en sus Instrumentos Constitutivos ante Registro de Comercio, deben solicitar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS la autorización para la modificación parcial de su Escritura de Constitución y Estatuto, remitiendo la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:

1. Solicitud de Autorización para la modificación parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

2. Original o copia legalizada de la Escritura Pública del Acta de Asamblea de Socios o Junta de Accionistas que contenga la aprobación de modificación de la Escritura de Constitución y Estatutos, así como el texto que irá a reemplazar, aclarar o complementar dichos documentos.
- II. Presentada la documentación descrita en el párrafo precedente, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS procederá con su revisión, debiendo pronunciarse en los siguientes diez (10) días hábiles administrativos, emitiendo la Resolución Administrativa de Autorización de Modificación Parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, u observando la documentación presentada.
- III. En caso de existir observaciones, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS comunicará por escrito las mismas a la Corredora de Seguros solicitante para que las subsane.
- IV. Habiéndose subsanado las observaciones realizadas, una vez presentada la documentación, nuevamente se computarán los diez (10) días hábiles administrativos para que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS se pronuncie.
- V. Si no existiera ninguna observación en la solicitud presentada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente Autorizando la Modificación Parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, otorgando a la Corredora de Seguros veinte (20) días hábiles administrativos para que remita la siguiente documentación:
1. Original o copia legalizada del Testimonio de la Escritura Pública de modificación, aclaración y/o complementación a la Escritura de Constitución y/o Estatutos, la misma que debe contener el Acta de su aprobación por la Junta General de Accionistas, debidamente registrada en el Registro de Comercio.
  2. Original de Certificado de Registro de Modificación, emitido por el Registro de Comercio.

## SECCIÓN VI

### REQUERIMIENTOS DE SOLVENCIA FINANCIERA PARA ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD

#### SUBSECCIÓN I

##### CAPITAL MÍNIMO, MARGEN DE SOLVENCIA Y FONDO DE GARANTÍA

**Artículo 38. (Capital Mínimo) I.** Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras Seguros de Personas habilitadas, deben tener un Capital Mínimo Suscrito y Pagado de al menos el equivalente a Setecientos Cincuenta Mil Derechos Especiales de Giro (750.000 DEG), el cual debe estar acreditado permanentemente.

II. Considerando el capital mínimo señalado en el párrafo 1, según la naturaleza de prestación del servicio, se sujetará a las siguientes reglas:

1. El Capital Mínimo de Entidades de Prepago de Salud con naturaleza de servicio Directa o Mixta, debe estar constituido, mínimamente, por un treinta por ciento (30%) en dinero en efectivo y el porcentaje restante podrá estar integrado por Bienes Inmuebles y Bienes Muebles (maquinaria, equipo e instrumental médico), valuados, no gravados, ni otorgados en prenda o en alquiler y que correspondan a la naturaleza del servicio prestado.
  - Los Bienes Inmuebles, para su registro contable, debe cumplir el procedimiento del Artículo 47 del presente Reglamento.
  - Los Bienes Muebles (maquinaria, equipo e instrumental médico), para su registro contable, debe cumplir el procedimiento del Artículo 46 del presente Reglamento.
2. El Capital Mínimo de Entidades de Prepago de Salud con naturaleza de servicio Indirecta, debe estar constituida por el cien por ciento (100%) en dinero efectivo.

3. Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, se rigen por su normativa reglamentaria y regulatoria especial.
- III. El Capital Mínimo, debe contar con documentación de respaldo que acredite el origen:
1. En dinero efectivo, presentará documento que demuestre en transacciones efectuadas por cada uno de los accionistas a través de Entidades de Intermediación Financiera, de acuerdo al porcentaje de su participación societaria.
  2. En bienes muebles e inmuebles, el accionista aportante presentará una declaración patrimonial de su origen.

**Artículo 39. (Margen de Solvencia) I.** Toda Entidad de Prepago de Salud Directa, Mixta y Entidad de Prepago de Salud Indirecta, debe mantener un Margen de Solvencia cuyo cálculo se lo realizará según lo establecido en el Reglamento que regula los Márgenes de Solvencia y Patrimonio Técnico vigente para Entidades Aseguradoras.

II. Para la determinación del Margen de Solvencia de los Servicios de Prepago de Salud, aplicando las fórmulas establecidas en la normativa regulatoria señalada en el párrafo precedente, se empleará los siguientes términos en equivalencia:

1. Servicios de Prepago de Salud = Riesgos
2. Servicios Prepago de Salud de Corto Plazo, referidos con prestaciones de Salud y otros = Seguros de Personas de Corto Plazo
3. Tarifa Anticipada Neta Total = Prima Neta Total
4. Monto erogado por la prestación del Servicio Prepago contratado = Siniestro
5. Cálculo Base Tarifas Anticipadas = Cálculo Base Primas
6. Cálculo Base Servicios Prestados = Cálculo Base Siniestros

III. La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS calculará el Margen de Solvencia, con la información trimestral remitida por la Entidad de Prepago de Salud.

IV. Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, se rigen por su normativa reglamentaria y regulatoria especial vigente.

**Artículo 40. (Cumplimiento de Margen de Solvencia) I.** El Margen de Solvencia de las Entidades de Prepago de Salud formará parte de los Recursos de Inversión Requeridos (RIR) y en todo momento debe estar respaldado por la Cartera de Inversiones.

II. La APS supervisará y evaluará el cumplimiento del Margen de Solvencia conforme al Reglamento que regula los Márgenes de Solvencia y Patrimonio Técnico vigente para Entidades Aseguradoras.

**Artículo 41. (Fondo de Garantía)** Las Entidades de Prepago de Salud autorizadas para ofrecer y prestar Servicios de Prepago de Salud, deben constituir un Fondo de Garantía, conforme lo señalado en el Artículo 31 de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N° 1883, depositando en una Entidad de Intermediación Financiera Autorizada un monto equivalente 30% del Margen de Solvencia.

## SUBSECCIÓN II

### RESERVAS TÉCNICAS

**Artículo 42. (Reservas técnicas) I.** Las Entidades de Prepago de Salud que prestan servicios de manera Directa, Mixta, Indirecta y Entidades Aseguradoras que comercialicen Servicios de Prepago de Salud, tienen la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente las siguientes reservas técnicas:

1. Reserva para Riesgos en Curso

La base de cálculo de la Reserva para Riesgos en Curso corresponde a la Tarifa Anticipada Neta Total por la vigencia del contrato independientemente de la forma de pago pactada, conforme la metodología y factores de Cálculo dispuestos en el Reglamento de Reservas para Riesgos en Curso vigente para Entidades Aseguradoras.

2. Reserva para Servicios Prestados por Pagar

La Reserva para Servicios Prestados por Pagar, corresponde a los gastos incurridos, pero aún no pagados por la prestación total o parcial del Servicio al Usuario (Beneficiario), conforme lo acordado en el contrato suscrito.

3. Reserva de Servicios Prestados y No Reportados o No Conciliados

Esta reserva tiene por objetivo estimar el monto de solicitudes de servicio que habiendo ocurrido hasta el final del balance mensual o cierre de ejercicio/periodo económico no han sido reportados o conciliados por las Entidades de Prepago de Salud o las Entidades Aseguradoras de Personas Habilitadas. Asimismo, esta reserva también incluye los ajustes derivados de los servicios prestados regulares o servicios prestados por emergencia.

Las Entidades Prepago que comercialicen Servicios de Prepago deberán constituir esta reserva considerando la información propia de cada una de ellas. Por lo que deberán mantener en esta reserva un porcentaje del promedio de los Servicios Prestados y Pagados de los últimos tres (3) meses calendario anteriores a la fecha de la constitución.

Su importe será calculado con base en las siguientes fórmulas:

$$RSPNRI_t = f_{Ix} \times \frac{\sum_{i=t-3}^{t-1} \text{Servicios Prestados y Pagados}_i}{3}$$

$$RSPNRM_t = f_{Mx} \times \frac{\sum_{i=t-3}^{t-1} \text{Servicios Prestados y Pagados}_i}{3}$$

$$RSPNRD_t = f_{Dx} \times \frac{\sum_{i=t-3}^{t-1} \text{Servicios Prestados y Pagados}_i}{3}$$

Donde:

$RSPNRI_t$	: Reserva para Servicios Prestados y No Reportados para Entidades Prepago Indirectas y Entidades Aseguradoras que operan con el ramo de prepago habilitado en el mes de cálculo $t$ .
$RSPNRM_t$	: Reserva para Servicios Prestados y No Reportados para Entidades Prepago Mixtas en el mes de cálculo $t$ .
$RSPNRD_t$	: Reserva para Servicios Prestados y No Reportados para Entidades Prepago Directa en el mes de cálculo $t$ .
$\text{Servicios Pagados}_i$	: Monto expuesto en las cuentas contables de Servicios Prestados y Pagados en virtud al contrato de servicio prepago suscrito con el usuario.
$f_x$	: Factor diferenciado para Entidades Prepago según su naturaleza, Directa, Mixta e Indirecta / Entidades Aseguradoras.

Los factores definidos son:

$$f_{Indirectas/Aseguradoras} = 40\%$$

$$f_{Mixtas} = 30\%$$

$$f_{Directas} = 20\%$$

II. La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS evaluará semestralmente los factores establecidos y estos serán actualizados de ser necesario, así como el método de cálculo de esta reserva. Los cambios serán comunicados mediante instrumento normativo idóneo.

III. Las Entidades de Prepago de Salud y Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, en todo momento deben respaldar las Reservas Técnicas con su Cartera de Inversiones.

**Artículo 43. (Reservas Especiales)** Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, deben constituir Reservas Especiales ante controversias derivadas de la prestación de Servicios de Prepago de Salud acordados en el Contrato de Servicio Prepago Salud y/o por determinación expresa de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros -APS.

### SUBSECCIÓN III

#### INVERSIONES ADMISIBLES

**Artículo 44. (Cartera de Inversiones)** Las Entidades de Prepago de Salud y Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas que se habiliten para otorgar Servicios Prepagos de Salud, deben conformar su cartera de inversiones conforme a la descripción del presente artículo:

- I. Entidades de Prepago de Salud Directas, la cartera de inversiones debe estar conformada por:
  1. Disponibilidades en Cuentas Bancarias hasta un treinta por ciento (30%), Títulos Valores hasta un treinta por ciento (30%), la sumatoria de ambos no puede superar el treinta por ciento (30%).
  2. Bienes Inmuebles de Uso y Bienes Muebles de uso (maquinaria, equipo e Instrumental Médico), mínimamente setenta por ciento (70%); porcentaje dentro del cual, la inversión en Bienes Inmuebles no puede superar el treinta por ciento (30%).
- II. Entidades de Prepago de Salud Mixtas, la cartera de inversiones debe estar conformada por:
  1. Disponibilidades en Cuentas Bancarias hasta un treinta por ciento (30%).
  2. Títulos Valores mínimamente veinticinco por ciento (25%).
  3. Bienes Muebles de uso (maquinaria, equipo e Instrumental Médico), hasta cincuenta y cinco por ciento (55%) y la inversión en Bienes Inmuebles de uso hasta el treinta por ciento (30%).
- III. Entidades de Prepago de Salud Indirectas, la cartera de inversiones debe estar conformada por:
  1. Disponibilidades en Cuentas Bancarias hasta un veinticinco por ciento (25%).
  2. Títulos Valores sin límite.
  3. La inversión en Bienes Inmuebles de uso no puede superar el treinta por ciento (30%).
- IV. Los porcentajes de la conformación de la Cartera de Inversiones de Entidades de Prepago de Salud Directas, Mixtas o Indirectas se calcularán con base al total de las Reservas Técnicas y Margen de Solvencia.

V. Para el caso de Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas que se habiliten para otorgar Servicios Prepagos de Salud, la cartera de inversión será conformada de acuerdo al Reglamento de Inversiones vigente para Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas.

**Artículo 45. (Inversión en Títulos Valores)** Las Entidades de Prepago de Salud Directas y Mixtas, deben cumplir las siguientes reglas en Inversión de Valores.

1. Límites de Inversión:

**1.1. Límites por Tipo Genérico de Valor.-** Son calculados en base al límite general descrito en el numeral 1, párrafo I; numeral 2, párrafo II o numeral 2, párrafo III del Artículo 44 (según corresponda) conforme a los siguientes límites específicos:

1. Valores emitidos por el Tesoro General de la Nación (TGN) y Banco Central de Bolivia (BCB) de corto plazo hasta el 100%.
2. Bonos, Depósitos a Plazo Fijo (DPF) y otros valores representativos de deuda bancaria de Corto Plazo, hasta un límite del 100%.
3. Valores de Deuda emitidos por sociedades comerciales no bancarias hasta un 40%.

**1.2. Límites por Emisor.-** Se podrá invertir hasta un 10% del límite general descrito en el numeral 1, párrafo I; numeral 2, párrafo II o numeral 2, párrafo III del Artículo 44 (según corresponda) en Valores Representativos de Deuda emitidos por una o más sociedades comerciales constituidas en Bolivia.

**1.3. Límites por Categorías y Calificación de Riesgo.-** La calificación mínima nacional aceptable para valores que conformen la cartera de inversión será BB2 para Valores de Deuda de Largo Plazo y N-3 para Valores de Deuda Corto Plazo.

2. **Contratación de Intermediarios.-** Para realizar inversiones en mercados autorizados, las Entidades de Prepago de Salud podrán contratar a intermediarios autorizados (Agencias de Bolsa) para la administración delegada. Los requisitos para la contratación serán normados mediante circular expresa.

3. **Valoración.-** Las inversiones realizadas deben ser valoradas a precios de mercado conforme Metodología de Valoración de la ASFI, y la custodia a cargo de una Entidad de Depósito de Valores.

4. **Reporte de Inversiones.-** La información diaria de inversiones se establecerá conforme a Circular específica de la APS.

Cuando alguno de los límites sea vulnerado, la entidad deberá ajustar sus inversiones en un plazo máximo de noventa (90) días calendario.

Para el caso de Entidades de Prepago de Salud Indirectas y Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas que se habiliten para otorgar Servicios Prepagos de Salud, la inversión en títulos valores será regulada de acuerdo al Reglamento de Inversiones vigente para Entidades Aseguradoras.

**Artículo 46. (Inversiones de Bienes Muebles) I.** Para el caso de Entidades de Prepago de Salud Directas y Mixtas, que soliciten la autorización de funcionamiento y posteriormente a la Autorización efectúen inversiones y/o realicen aportes, la evaluación de los bienes muebles se realizará de acuerdo a las siguientes reglas:

1. La maquinaria, equipo e instrumental médico, deben estar concentradas en Bienes que correspondan exclusivamente a la naturaleza del (de los) servicio (s) que preste la Entidad de Prepago de Salud.



2. La maquinaria, equipo e instrumental médico nuevo se registrará a su valor de compra, mientras que para el caso de los equipos usados se tomará en cuenta el valor en libros y la vida útil restante a efectos del cálculo de la depreciación, debiendo presentar la documentación de respaldo como ser altas y bajas de los bienes muebles y reportes auxiliares. Asimismo, se deberá llenar el Formulario de Reporte de Información de Inversiones por Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas y/o Reaseguradoras y Entidades de Prepago de Salud: Maquinaria, Equipo e Instrumental Médico (Formulario 4.96).
  3. Para la determinación de la vida útil de bienes muebles, se tomará en cuenta lo dispuesto en el Artículo 22 del Decreto Supremo N° 24051 de 29 de junio de 1995.
- II.** Para el revalúo de bienes muebles de las Entidades de Prepago de Salud Directas y Mixtas, se deberán sujetar a las siguientes reglas:
1. Realizar el Revalúo Técnico de Bienes Muebles, Maquinaria Equipo e Instrumental Médico de las Entidades de Prepago de Salud conforme lo dispuesto en la normativa específica a ser emitida y el registro de peritos especializados.
  2. Para Revalúo Técnico de Bienes Muebles se debe contratar un Perito Valuador registrado en la APS, tomándose en cuenta las depreciaciones establecidas en el Anexo del Artículo 22 del Decreto Supremo N° 24051 de 29 de junio de 1995.
  3. La Entidad de Prepago de Salud debe realizar el revalúo técnico de los bienes muebles: maquinaria, equipo e instrumental médico, que estuvieren totalmente depreciados y sigan siendo utilizados.
- Artículo 47. (Inversiones en Bienes Inmuebles)** Las inversiones en bienes inmuebles deben cumplir las siguientes reglas:
- I.** Las Entidades de Prepago de Salud Directas y Mixtas que soliciten la autorización de funcionamiento y posteriormente a la Autorización realicen aportes, los bienes inmuebles serán registrados conforme al Testimonio de Compra Venta u otro tipo de transferencia y luego se debe iniciar el procedimiento de valuación a cargo de un Perito Valuador registrado en la APS conforme a normativa vigente.
- II.** Para el caso de Inversiones en bienes inmuebles de las Entidades de Prepago de Salud Directas, Mixtas e Indirectas.
1. La compra de bienes inmuebles será registrada conforme Testimonio de Compra Venta u otro tipo de transferencia, de forma paralela se debe iniciar el procedimiento de valuación a cargo de un perito valuador registrado en la APS.
  2. Una vez se cuente con el Avalúo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS efectuará la revisión correspondiente, considerando para el registro el menor valor, entre el Testimonio y el Avalúo.
  3. Deben ser de uso propio con destino a oficinas administrativas y/o centros de salud (según corresponda); y no a vivienda y/o renta.
- III.** Los bienes inmuebles de las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas que se habiliten para otorgar Servicios de Prepago de Salud se registrarán por el Reglamento vigente de su Ramo emitido por la APS.
- IV.** En todos los casos, los bienes inmuebles no deben presentar gravámenes ni restricciones vigentes.

## SECCIÓN VII

### APORTES FUTUROS A CAPITAL Y AUMENTO DE CAPITAL

**Artículo 48. (Reglas Generales)** I. Considerando las reglas del capital mínimo señalado en el presente Reglamento, los aportes futuros a capital, se sujetará a las siguientes reglas:

1. Los aportes futuros a capital solo podrán presentarse en títulos valores, efectivo, bienes muebles e inmuebles; según corresponda a la naturaleza del servicio directa, mixta o indirecta.
2. Para las Entidades de Prepago de Salud con naturaleza de servicio Directa y Mixta, podrá estar integrado por títulos valores, efectivo y Bienes Inmuebles y Bienes Muebles (maquinaria, equipo e instrumental médico), valuados, no gravados, ni otorgados en prenda o en alquiler y que correspondan a la naturaleza del servicio prestado.
3. Para las Entidades de Prepago de Salud con naturaleza de servicio Indirecta, debe estar constituida por el cien por ciento (100%) en dinero efectivo.
4. Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, se rigen por su normativa reglamentaria y regulatoria especial.

II. Los aportes futuros de capital deben contar con documentación de respaldo que acredite el origen:

1. En dinero efectivo, presentará documento que demuestre en transacciones efectuadas por cada uno de los accionistas a través de Entidades de Intermediación Financiera, de acuerdo al porcentaje de su participación societaria.
2. En bienes muebles e inmuebles, el accionista aportante presentará una declaración patrimonial de su origen.

**Artículo 49. (Aportes a Capital en Efectivo)** Los aportes a capital en efectivo y títulos valores de Entidades de Prepago de Salud y Entidades Aseguradoras de Personas habilitadas, para su operativa se sujetarán a los procedimientos establecidos para el Reglamento de Absorción de Pérdidas y Aumento de Capital vigente para Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, Corredores de Seguros y Corredores de Reaseguro.

**Artículo 50. (Aportes a Capital en Especie)** Los aportes a capital en especie, solo podrán realizar las Entidades de Prepago de Salud Directas y Mixtas, para su operativa se sujetarán a los procedimientos establecidos en el Artículo 46 para bienes muebles y el Artículo 47 para bienes inmuebles.

## SECCIÓN VIII

### OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD Y ENTIDADES ASEGURADORAS DE SEGUROS DE PERSONAS

#### SUBSECCIÓN I

#### OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES

**Artículo 51. (Obligaciones)** Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, que oferten y comercialicen Servicios de Prepago de Salud, deben cumplir las siguientes obligaciones:

1. Cumplir con la prestación del Servicio Prepago de Salud ante el requerimiento del Contratante y/o Usuario (Titular o Beneficiario), conforme los términos y límites convenidos en el Contrato de Servicio Prepago de Salud suscrito.

2. Constituir y mantener de manera permanente el Capital Mínimo, Margen de Solvencia, Inversiones, Reservas Técnicas y Reservas Especiales de acuerdo a norma regulatoria vigente establecida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
3. Mantener actualizadas y vigentes las licencias y/o permisos que autorizan la prestación de los Servicios de Prepago de Salud.
4. Registrar ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS los Planes de Prepago de Salud, así como sus Contratos, con carácter previo a su comercialización.
5. Emitir Contratos de Servicio Prepago de Salud, claramente redactados, de fácil lectura y entendimiento
6. Pagar el aporte de supervisión a favor de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
7. Presentar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS partes de producción y de siniestralidad cada mes, y toda documentación y/o información que le sea solicitada a requerimiento fundamentado de la misma, sin restricción de ninguna naturaleza en Bolivia y en el extranjero.
8. Llevar, mantener permanentemente cuentas y contabilidad del Servicio Prepago de Salud, para realizar el análisis de su desempeño y evolución.
9. Presentar Estados Financieros mensuales y anuales; estos últimos deben estar acompañados del Informe de Auditoría Externa, elaborado por una Firma o Profesional Independiente de Auditoría Externa registrado en la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
10. Abstenerse de efectuar actos que generen conflictos de interés o competencia desleal entre Operadores del Mercado de Seguros.
11. Informar a la APS dentro de los dos (2) días hábiles administrativos siguientes, cualquier Hecho Relevante ocurrido a la Entidad de Prepago de Salud que altere su propiedad, naturaleza u obligaciones sociales.
12. Ofrecer a la población información suficiente para la toma de decisiones sobre los planes y modalidades de Servicios de Prepagos de Salud ofertados; misma que debe estar publicada en su Sitio Web (en caso de tenerlo).
13. Crear y mantener una Base de Datos de Contratantes y Usuarios, llevando un registro actualizado de la cartera de Contratantes y/o Usuarios (Titulares o Beneficiarios), con detalle del tipo de Servicio, montos contratados y consumidos; información que tendrá carácter confidencial y será suministrada a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS a requerimiento.
14. Garantizar los derechos de los Contratantes y/o Usuarios (Titulares o Beneficiarios), en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa de la Entidad de Prepago de Salud.
15. En el plazo de tres días proveer una copia del Contrato de Servicio Prepago de Salud al Contratante, una vez sea suscrito el mismo.
16. Pagar los impuestos que establezca la Ley N° 843 y demás normativa tributaria.

**Artículo 52. (Prohibiciones)** Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, que oferten y comercialicen Servicios de Prepago de Salud, están prohibidas de:

1. Publicitar y/o entregar información inexacta o falsa que induzca al error sobre la situación de la Entidad, sus Servicios, o de la condición de comercialización de los mismos.
2. Invertir en otras Entidades de Prepago de Salud que presten el (los) mismo(s) Servicio(s) Prepago de Salud.
3. Prestar Servicios de Prepago de Salud, distintos al giro autorizado.
4. Ofrecer, comercializar y suscribir Contratos de Servicios de Prepago de Salud que no estén registrados en la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
5. Constituir gravámenes de cualquier naturaleza sobre su Capital Mínimo, Márgenes de Solvencia y Recursos de Inversión.
6. Invertir sus recursos de otras formas que no lo establezca la norma vigente.
7. Realizar de forma unilateral modificaciones a los Contratos de Servicios de Prepago de Salud ya suscritos en cuanto a las prestaciones contratadas y/o la Tarifa Anticipada (por cuotas o al contado) señalada en el Contrato de Servicio Prepago de Salud, ante la agravación de las condiciones de salud del usuario, o incremento del costo de los Servicios de Prepago de Salud ya contratados.
8. Negar la contratación de cualquier Servicio Prepago de Salud que haya sido autorizado por la APS para su comercialización.
9. Liberarse de la obligación de prestar el servicio contratado mediante el abono al usuario de una suma de dinero.
10. Exigir al Contratante y/o Usuario (Titular o Beneficiario) pagos extraordinarios al acordado para la prestación del Servicio Prepago de Salud.
11. Realizar acciones de desprestigio y/o de Competencia Desleal a otras Entidades que ofrezcan y comercialicen Servicios de Prepago de Salud.
12. Suspender sus Servicios de manera imprevista e intempestiva.
13. Negar información sobre cualquier Servicio Prepago de Salud que comercialice.
14. Impedir la realización de fiscalizaciones, inspecciones y controles por parte de la Autoridad de Control y Fiscalización de Pensiones y Seguros - APS.
15. Eliminar la información de la Base de Datos de Contratantes y/o Usuarios antes de los cinco (5) años, tiempo que empezará a computarse a partir de la fecha en que finalizó la vigencia del último Contrato de Servicio Prepago de Salud Suscrito con el Contratante.

## SUBSECCIÓN II

### TASA DE REGULACIÓN

**Artículo 53. (Tasa de Regulación)** Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, que comercialicen Servicios de Prepago de Salud, deben pagar mensualmente una Tasa de Supervisión al Órgano Regulador (APS) equivalente al dos por ciento (2%) sobre las Tarifas Netas producidas de estos Servicios, conforme lo dispuesto en el Artículo 42 de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N° 1883 de 25 de junio de 1998, reglamentada mediante Artículo 23 del Decreto Supremo N° 25201 de 16 de octubre de 1998.

**SECCIÓN IX**  
**OPERATIVA DEL SERVICIO PREPAGO DE SALUD**  
**SUBSECCIÓN I**  
**CONTRATO DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD**  
**PARTE I**  
**ASPECTOS GENERALES**

**Artículo 54. (Tipos de Servicio)** En el Contrato de Servicio Prepago de Salud, deberá especificar claramente, si el servicio a brindar será de manera Integral o Parcial, conforme lo establecido en los Artículos 55 y 56 del presente Reglamento.

**Artículo 55. (Servicio Prepago de Salud Integral)** Se considera que el Servicio Prepago de Salud es Integral, cuando comprende el acceso a prestaciones médicas ambulatorias, prehospitalarias, hospitalarias y de urgencias o emergencias médicas, destinadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento clínico o quirúrgico, incluyendo los auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos requeridos, rehabilitación, cuidados paliativos institucionales o domiciliarios, y otros, según la condición de salud del paciente, por ciclo de vida, edad y sexo, de acuerdo con el Plan contratado.

**Artículo 56. (Servicio Prepago de Salud Parcial)** Se considera que el Servicio Prepago de Salud es Parcial, cuando no comprende el acceso a las prestaciones médicas descritas en el artículo precedente, estando limitada a un conjunto de prestaciones debidamente descritas en el Contrato de Servicio Prepago de Salud.

**Artículo 57. (Obligación de Expresar la Naturaleza del Servicio)** Conforme lo señalado en los Artículos 7, 8 y 9, las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, podrán contratar y/o acordar con terceras Entidades la prestación de Servicios de Prepago de Salud ofertados, aspecto que debe estar establecido de forma expresa en el Contrato de Servicio Prepago de Salud que comercialicen, lo cual no libera a la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada para Servicios de Prepago de Salud de responder por la obligación de prestar el Servicio Prepago de Salud contraído con el Contratante.

**Artículo 58. (Características)** Los Contratos de Servicio Prepago de Salud no deben contener términos ambiguos, ambivalentes o que puedan conducir a equívocos respecto del Servicio Prepago de Salud que se contrate.

El tamaño de la letra en el Contrato de Servicio Prepago de Salud no debe ser inferior a diez (10) puntos tipográficos a fin de facilitar su lectura.

**I.** Todo Contrato de Servicio Prepago de Salud antes de su comercialización, debe cumplir con las condiciones mínimas establecidas en el presente Reglamento, tomar en cuenta lo señalado en el Título V de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N° 1883 y cumplir con la normativa reglamentaria emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

**II.** Los Contratos de Servicio Prepago de Salud para su suscripción y comercialización deben estar previamente registrados en la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

**III.** Todo contratante ante el extravío de su copia original del Contrato de Servicio Prepago de Salud, podrá solicitar a la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada, le extienda de forma gratuita una copia legalizada del mismo, requerimiento que debe ser atendido en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles administrativos siguientes a la fecha de presentada su solicitud.

**IV.** Cada contrato remitido a esta Autoridad para su registro, debe poseer en respaldo la Nota Técnica correspondiente a sus bases técnicas (cuyo contenido mínimo se señala en el Anexo II), en la cual se revisará la razonabilidad de los costos expuestos según sea el Tipo de Servicio u operación de la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Personas.

V. Es responsabilidad de la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Personas habilitada, velar la suficiencia de la Tarifa Anticipada calculada para la prestación de los servicios de salud ofertados. En consecuencia, de ser necesario una actualización de los parámetros que intervienen en el Cálculo de la Tarifa Anticipada. Se debe remitir a la APS el sustento técnico correspondiente plasmado en la Nota Técnica.

**Artículo 59. (Contenido Mínimo)** Los Contratos de Servicio Prepago de Salud suscritos por Entidades de Prepago de Salud y Entidad Aseguradora de Seguro de Personas habilitadas, deben contemplar como mínimo lo siguiente:

1. Nombre de la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas, señalando su: representante legal, domicilio, teléfono correo electrónico y dirección de sus oficinas.
2. Nombre y contacto del Contratante; sea persona natural o jurídica, por si mismo, o por los que represente individual, grupal, empresarial o corporativamente y a nombre de la(s) persona(s) que figure(n) como Usuario(s).
3. Nombre y contacto del (de los) Usuario(s) Titular(es) o Beneficiario(s).
4. Objeto del Contrato, en el cual se aclare que se trata de prestación de Servicios de Prepago de Salud, los cuales están detallados en el mismo documento.
5. Definiciones claras y precisas de términos que puedan dar lugar a confusiones.
6. Descripción de la clasificación de la naturaleza del Servicio Prepago de Salud, según lo establecido en el Artículo 6 del presente Reglamento.
7. Plan Prepago de Salud que describa en detalle los servicios y prestaciones ofrecidos, conforme a la definición del Artículo 5 del presente Reglamento.
8. Límite Anual de Gastos (LAG), que indique claramente el valor de las prestaciones contratadas.
9. Procedimiento de la prestación del Servicio Prepago de Salud.
10. Lista de Establecimientos de Salud propios o de terceros a través de los cuales se prestarán los Servicios.
11. Vigencia del Contrato de Servicio Prepago de Salud, tomando en cuenta lo establecido en el Artículo 64 del presente Reglamento.
12. Reconstrucción del Servicio Prepago de Salud.
13. Tarifa Anticipada.
14. Forma y lugar de pago del (de los) Servicio(s) Prepago de Salud.
15. Obligaciones de las Partes Contratantes y/o Usuarios.
16. Causas de Suspensión y Resolución del Contrato de Servicio Prepago de Salud.
17. Suspensión del Servicio (por motivos de caso fortuito o fuerza mayor como desastres naturales, motín, conmoción civil, huelgas y otros).
18. Resolución de controversias, conforme lo establecido en el Artículo 39 de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N° 1883 y/o el Reglamento de Conciliación ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.
19. Retiro y adición de Usuarios (Beneficiarios).



20. Firma de las partes suscribientes, ológrafa o digital, esta última conforme lo establecido en la Ley General de Telecomunicaciones, Tecnologías de Información y Comunicación N° 164 de 08 de agosto de 2011.

21. Anexos y formularios (si corresponde).

**Artículo 60. (Obligaciones del Contratante)** Son obligaciones del Contratante:

I. Pagar la Tarifa Anticipada convenida en el (los) plazo(s) previsto(s) en el Contrato de Servicio Prepago de Salud.

II. Proporcionar a la Entidad de Prepago de Salud toda documentación, información que requiera para la prestación del Servicio de Prepago de Salud.

**Artículo 61. (Tarifa Anticipada)** I. La Tarifa Anticipada prevista en el Contrato de Servicio Prepago de Salud será pactada en moneda de curso legal.

II. Se prohíbe expresamente a las Entidades de Prepago de Salud o Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, efectuar incrementos del precio o Tarifa Anticipada de manera unilateral durante la vigencia del Contrato de Servicio Prepago de Salud.

**Artículo 62. (Forma de Pago)** El pago de la Tarifa Anticipada puede ser al contado o convenida por cuotas (mensual, trimestral, semestral, etc.), aspecto que debe estar claramente descrito en el Contrato de Servicio Prepago de Salud.

**Artículo 63. (Registro de Nuevos Contratos)** Las Entidades de Prepago de Salud o las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, deben registrar sus futuros Contratos, conforme lo establece el numeral 4 del Artículo 51; y cumpliendo los requisitos y procedimientos determinados en los Artículos 68 y 69 del presente Reglamento.

## PARTE II

### DURACIÓN DEL CONTRATO DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD

**Artículo 64. (Vigencia)** I. La vigencia de los Contratos de Servicios de Prepago de Salud inicia con la suscripción del mismo.

II. Los Contratos de Servicios de Prepago de Salud tienen una duración máxima de un (1) año calendario.

**Artículo 65. (Recontratación del Servicio Prepago de Salud)** Una vez consumido el Servicio Prepago de Salud o terminada su vigencia, habrá recontratación automática del mismo, siempre que los pagos continúen siendo realizados por el Contratante y/o Usuario (Titular o Beneficiario) y que la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada, previo análisis técnico, no haya rechazado expresamente la recontratación dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de vencimiento de la vigencia del Contrato, debiendo la Tarifa Anticipada en todo momento responder a sus bases técnicas.

**Artículo 66. (Resolución del Contrato de Servicio Prepago de Salud)** I. La Resolución del Contrato de Servicio Prepago de Salud, podrá ser de mutuo acuerdo o por decisión unilateral de las partes.

II. Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, podrán unilateralmente dar por resuelto un Contrato de Servicio Prepago de Salud sólo por incumplimiento de la contraprestación económica por parte del Contratante; dicha causal se configurará con el retraso de treinta (30) días en el pago de la cuota (para pagos por cuotas) o del total de la Tarifa Anticipada en el tiempo acordado (para pagos al contado).

III. Durante el periodo de mora, la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas, podrá suspender la prestación de los Servicios Prepago de Salud contratados hasta que se produzca el pago de las cuotas adeudadas, salvo se establezca lo contrario en el Contrato de Servicio Prepago de Salud, debiendo el Contratante o Usuario asumir el costo que demande los mismos hasta que produzca la restitución del Servicio Contratado conforme lo establecido en el Contrato de Servicio Prepago de Salud.

IV. En lo relativo a la resolución unilateral del Contrato de Servicio Prepago de Salud por parte del Contratante, este podrá hacerlo ante el incumplimiento de la prestación del Servicio por parte de la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada debiendo notificar por escrito su decisión, dándose la Resolución del Contrato del Servicio Prepago de Salud desde ese instante.

Producida la Resolución del Contrato del Servicio Prepago de Salud, la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada tiene derecho a la tarifa pagada por los servicios prestados; debiendo devolver el valor correspondiente a los servicios no prestados, descontando los impuestos de ley y los gastos generales y de administración.

**Artículo 67. (Mantenimiento del Contrato de Servicio Prepago de Salud al fallecimiento o extinción del Contratante)** Si existen Usuarios Beneficiarios de un Contrato de Servicio de Prepago de Salud, el fallecimiento del Contratante, en el caso de Persona Natural, o la extinción del mismo, en el caso de Persona Jurídica, no producirá la Resolución de dicho Contrato para el (los) Usuario(s) Beneficiario(s) que le sobreviva(n), siempre y cuando se cumpla con el pago de la Tarifa Anticipada pactada en el Contrato de Servicio Prepago de Salud.

### PARTE III

#### REGISTRO DEL CONTRATO DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD

**Artículo 68. (Requisitos para Registro del Contrato de Servicio Prepago de Salud)** Las Entidades de Prepago de Salud y Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada para solicitar el Registro de cualquier Contrato de Servicio Prepago de Salud, deben remitir a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:

Solicitud escrita de Registro de Contrato de Servicio Prepago de Salud, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

1. Proyecto del Contrato de Servicio Prepago de Salud, con todos sus anexos y formularios.
2. Nota técnica, conforme a Anexo II.

**Artículo 69. (Procedimiento de Registro)** I. Presentada la documentación descrita en el artículo precedente, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS procederá con su revisión, debiendo pronunciarse en los siguientes diez (10) días hábiles administrativos, emitiendo la Resolución Administrativa de Registro u observando la documentación presentada.

II. En caso de existir observaciones, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS comunicará por escrito las mismas a la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada solicitante para que las subsane.

III. Habiéndose subsanado las observaciones realizadas, una vez presentada la documentación, nuevamente se computarán los diez (10) días hábiles administrativos para que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS se pronuncie.

IV. Si no existiera ninguna observación en la solicitud presentada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente, Registrando el Contrato de Servicio Prepago de Salud y asignándole un código que debe insertarse en el Contrato de Servicio Prepago de Salud para su comercialización; independientemente de lo señalado, la Entidad de Prepago de Salud puede utilizar un número correlativo, de control interno, para identificar los Contratos de sus Contratantes y/o Usuarios.

## SUBSECCIÓN II

### COMERCIALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PREPAGO DE SALUD

**Artículo 70. (Entidades de Prepago de Salud y Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas Habilitadas)** Las Entidades de Prepago de Salud y Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas podrán ofrecer y comercializar Servicios de Prepago de Salud en sus Oficinas y/o Puntos de Atención al Cliente.

**Artículo 71. (Intermediación de la Contratación)** La Contratación de Servicios de Prepago de Salud, podrá ser intermediada por Agentes de Seguros y Corredoras de Seguros.

**Artículo 72. (Agentes de Seguros)** Los Agentes de Seguros podrán ofrecer y comercializar solamente los Planes Servicios de Prepago de Salud de la Entidad Aseguradora de Seguros de Personas con la cual tengan vinculación contractual; siempre que los mismos, se encuentren registrados y habilitados ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

**Artículo 73. (Corredoras de Seguro)** Las Corredoras de Seguros que tengan dentro el Objeto Social de sus Instrumentos Constitutivos el Intermediar Servicios de Prepago de Salud, podrán cotizar e intermediar Contratos de Servicios de Prepagos de Salud de Entidades de Prepago de Salud y/o Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas legalmente constituidas y autorizadas.

**Artículo 74. (Información al Contratante)** Los Agentes de Seguros y Corredores de Seguros que ofrezcan e intermedien Servicios de Prepago de Salud, tienen la obligación de explicar claramente a toda persona, las características propias del Servicio Prepago de Salud ofertado e/o intermediado.

**Artículo 75. (Cumplimiento de la normativa vigente)** Los Agentes de Seguros y los Corredores de Seguros para la intermediación de Contratos de Servicios de Prepago de Salud, aplicarán análogamente los derechos y obligaciones que tienen contenidos en la normativa que regula la intermediación de Pólizas de Seguros.

## SUBSECCIÓN III

### REPORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA CONTABLE

**Artículo 76. (Reporte de Información Contable y Estadística)** Toda Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguro de Personas habilitada, debe remitir la documentación y/o información contable y estadística en los plazos previstos, observando lo establecido en los Reglamentos que regulan el Plan Único de Cuentas, Manual de Contabilidad, Disposiciones Generales y el Manual del Sistema de Información y demás normativa regulatoria concordante, emitida por la APS.

**Artículo 77. (Reporte de Información Trimestral)** I. Toda Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguro de Personas habilitada que ofrezca y comercialice Servicios de Prepago de Salud, debe remitir a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, en forma trimestral el Reporte de Servicios efectuados por planes, desagregado a partir de la prestación efectiva del Servicio Prepago de Salud, así como el reporte de tarifas anticipadas generadas durante el trimestre; información que debe coincidir con los saldos de Estados Financieros.

II. La información señalada en el párrafo precedente, debe ser consolidada y remitida a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS juntamente con la información técnica y financiera hasta el 15 del mes siguiente de haber finalizado el trimestre, tomando en cuenta lo dispuesto en los plazos establecidos en el Reglamento de Márgenes de Solvencia y Patrimonio Técnico vigente para Entidades Aseguradoras de Seguro de Personas habilitadas.

## SECCIÓN X

### CONTROL Y FISCALIZACIÓN DE ENTIDADES DE PREPAGO SALUD

**Artículo 78. (Control y Fiscalización)** Las Entidades de Prepago de Salud se encuentran bajo Control, Fiscalización y Regulación continua de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, por lo que están obligadas a cumplir las disposiciones normativas y regulatorias emitidas por esta Autoridad.

**Artículo 79. (Actividades Ilegales) I.** La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, a denuncia verbal o escrita de prestación de Servicios de Prepago de Salud por parte de Personas o Entidades no autorizadas para el efecto, realizará la correspondiente verificación y procederá conforme lo establecido en normativa vigente emitida por la APS.

II. La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS en ejercicio de la facultad conferida en el inciso w) del Artículo 43 de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N° 1883 (incorporado mediante el párrafo IX de la Disposición Adicional Primera de la Ley N° 365), de oficio o a denuncia verbal o escrita presentada ante la misma, previa Orden Judicial, en presencia de Notario de Fe Pública, y de ser necesario con el apoyo de la Fuerza Pública, intervendrá, tomará posesión física y Clausurará las instalaciones donde se realicen o presten Servicios de Prepago de Salud sin la debida autorización del Ente Regulador, documentando las actuaciones realizadas y la existencia de bienes mediante la elaboración de actas y levantamiento de inventarios de bienes y documentos que se encuentren, sean físicos o electrónicos, dejándose el lugar debidamente precintado en resguardo de la acción de intervención y a disposición de las Autoridades Jurisdiccionales.

**Artículo 80. (Medidas Precautorias, Intervención y otros)** Las Medidas Precautorias, Intervención, Liquidación Voluntaria, Liquidación Forzosa, Revocatoria de Autorización de Funcionamiento, Cesión de Cartera, Disolución de la Entidad de Prepago de Salud y Medidas Jurisdiccionales, se sujetarán a lo establecido en el Capítulo II del Título VI de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N° 1883 y la normativa vigente para el efecto.

**Artículo 81. (Infracciones y Sanciones)** El incumplimiento a las prohibiciones y demás aspectos regulados en el presente Reglamento, será sancionado previo Proceso Administrativo conforme lo establecido en el Reglamento de Infracciones y Sanciones del Mercado de Seguros.