

REGLAMENTOS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

JUNTA DIRECTIVA

Aprobación reforma reglamentaria

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 20° de la sesión 8707, celebrada el 3 de abril de 2014 acordó la reforma integral al Reglamento Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa:

REGLAMENTO MODALIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DE MEDICINA DE EMPRESA

CAPÍTULO I:

Disposiciones Generales

Artículo 1°—Definiciones

- a) **Accidente de tránsito:** acción culposa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por los lugares a los que se refiere el artículo 1 de la Ley N° 9078. En el accidente de tránsito debe estar involucrado al menos un vehículo y producirse muerte o lesiones de personas y/o daños en los bienes como consecuencia de la infracción a la ley.
- b) **Área de adscripción:** área geográfica definida institucionalmente que abarca un centro de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el cual los asegurados o centros de trabajo que residan o se ubiquen respectivamente dentro de dichos límites, deben inscribirse para recibir la atención en salud correspondiente dentro de esta modalidad.
- c) **Atención integral de las personas:** es la forma de atención de carácter interdisciplinario e integrado que apoya a la persona, su familia y la comunidad; es la que asegura atención continua de alta calidad, costo-efectiva y provee de guía, con una secuencia lógica de eventos, que debe ser útil para priorizar y establecer objetivos de intervenciones de creciente complejidad. Supone la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada.
- d) **Caso de rutina:** es toda aquella necesidad de atención en salud que no esté catalogada como caso de urgencia, según la definición siguiente.
- e) **Caso de urgencia:** es el tipo de atención en salud que se requiera brindar de manera impostergable ante situaciones que generen un riesgo inmediato para la vida de la persona.
- f) **Centro de trabajo:** entidad mercantil, de servicios o industrial, pública o privada que tiene su propia autonomía como persona jurídica independiente y separada de la persona física a quien pertenezca.
- g) **Consultorio médico laboral:** es todo recinto físico utilizado para la atención en salud laboral de los empleados, que cumple con la legislación nacional para su funcionamiento de acuerdo con la actividad propia que realiza, con los requisitos de seguridad y con lo estipulado por los entes aseguradores, los cuales le pueden asignar distinta nomenclatura dentro de los servicios que brindan.
- h) **Incapacidad:** es la formalización de un compromiso recíproco entre el médico del centro de trabajo y el asegurado activo, cuyo fin es propiciar la recuperación de la salud mediante el reposo de este último y su reincorporación al trabajo, pero no genera necesariamente el derecho a obtener el pago de un subsidio o de una ayuda económica; derechos que están sujetos a los plazos de calificación estipulados en el Reglamento del Seguro de Salud y en las condiciones establecidas para esta modalidad en el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias para los Beneficiarios del Seguro de Salud.
- i) **Medicina del Trabajo:** es la especialidad médica que actuando aislada o comunitariamente estudia los medios preventivos para conseguir el más alto grado de bienestar

físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con la capacidad de éstos, con las características y riesgos de su trabajo, el ámbito laboral y la influencia de éste en su entorno, así como promover los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación, y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo (OMS / Organización Mundial de la Salud/)

- j) **Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa:** modalidad de asistencia en salud exclusiva para los colaboradores asegurados del centro de trabajo. Consiste en una contratación directa de los servicios de atención integral en salud por parte del centro y los profesionales en Ciencias Médicas, el otorgamiento del personal de apoyo y la infraestructura necesaria para la prestación del servicio y el derecho de recibir como beneficio, por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social, los servicios de farmacia, laboratorio, imágenes y otros servicios contemplados dentro de este Reglamento no relacionados con riesgos del trabajo.
- k) **Oferta de servicios:** se refiere al conjunto limitado de prestaciones que brindan los servicios de salud de la CCSS, dentro del marco de la presente modalidad.
- l) **Prestación de servicios de salud:** son las actividades que brindan tanto la CCSS como los centros de trabajo para llevar a cabo la atención integral en salud a los trabajadores.
- m) **Riesgos del trabajo:** son los accidentes y las enfermedades que ocurran a los trabajadores, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de esos accidentes y enfermedades. (artículo 195, Código de Trabajo).
- n) **Riesgo excluido:** comprende todos aquellos riesgos no cubiertos por los Seguros Sociales gobernados y administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 73 de la Constitución Política y el artículo 16° del Reglamento del Seguro de Salud.
- o) **Subsidio:** el subsidio es la suma de dinero que se paga al asegurado (a) activo (a), durante los períodos de incapacidad por enfermedad, riesgo de trabajo, accidente de tránsito, fase terminal o de licencia por maternidad, y tiene el propósito de suministrar un ingreso económico que permita cubrir las necesidades básicas del trabajador, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cotización que establece la normativa vigente.
- p) **Trabajador directo:** es la persona que mediante una cotización (cuota) genera para sí mismo el derecho a recibir ciertos beneficios de la Seguridad Social.
- q) **Unidad responsable de la modalidad:** es el equipo de trabajo encargado de llevar a cabo las funciones que se designan en el presente Reglamento para el control y la mejora continua de la modalidad, el cual debe ser designado por la Gerencia Médica de la CCSS y dado a conocer a los interesados.

Artículo 2°—Del Objetivo de la Modalidad

- a) El objetivo de esta modalidad es mejorar el acceso a la red de servicios que brinda la CCSS a la población económicamente activa del país, de manera que se fortalezca la integralidad de la atención en salud a los trabajadores, a través de una alianza entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el centro de trabajo.
- b) El presente Reglamento no pretende limitar la prestación de los servicios de salud, que los centros de trabajo deseen brindar, sino enmarcar específicamente la modalidad de atención en salud que se llevará a cabo como parte de la alianza con la CCSS.

Artículo 3°—Beneficiarios de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa

- a) Son beneficiarios de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa todos los trabajadores directos inscritos en planilla de la CCSS, de los distintos centros de trabajo que se inscriban y cumplan con los requisitos establecidos en este Reglamento.
- b) Los beneficiarios de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa tienen el derecho a recibir, por parte de la CCSS, los servicios establecidos en la oferta señalada en el

presente Reglamento, en igualdad de condiciones que otras modalidades de atención vigentes en la Institución, según las posibilidades financieras institucionales y lo que se establece en el Capítulo VI, artículos 75, 76 y 77 del Reglamento del Seguro de Salud.

CAPÍTULO II:

De la inscripción a la modalidad y sus requisitos

Artículo 4°—Proceso de inscripción a la Modalidad

- a) Para ingresar a la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, el centro de trabajo interesado deberá solicitar el Formulario “Inscripción a la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa”, en el Área de Salud de la CCSS o acceder a él en la página WEB de la Institución (www.ccss.sa.cr).
- b) El Centro de Trabajo deberá completar el o los formularios de inscripción del punto a) y adjuntar la siguiente documentación:
 - Certificación de incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica del médico por inscribir, con no más de 90 (noventa) días de emitido.
 - Fotocopia de Habilitación del Consultorio Médico (Decreto 30699-S) o del Permiso de Funcionamiento Sanitario del Consultorio Médico vigente, expedido por el Ministerio de Salud, del recinto donde se pretende dar la consulta, el cual deberá siempre mantenerse al día, de acuerdo con lo que instruya el ente rector en la materia.
- c) El centro de trabajo deberá entregar los formularios completos y la documentación indicada al Área de Salud de la CCSS en la que le corresponde por área de adscripción, tomando en cuenta que la firma en el formulario de inscripción por parte del representante legal del centro de trabajo implica un compromiso de cumplir con todo lo estipulado en el presente Reglamento.
- d) El área de salud correspondiente procederá a la revisión de los documentos aportados y en un plazo de 5 (cinco) días hábiles deberá indicar al centro de trabajo si debe realizar alguna corrección en la información suministrada.
- e) El área de salud remitirá la información completa a la unidad responsable de la Modalidad en el Nivel Central de la CCSS o, en su defecto, donde la entidad competente defina en sus procesos, según la mejora continua y trabajo en red, en un plazo máximo de 10 (diez) días hábiles, en donde se incorporará la información del centro de trabajo y del médico en la base de datos de la Modalidad.
- f) En un plazo de 5 (cinco) días hábiles después de recibida la información de forma satisfactoria, la unidad responsable de la Modalidad en el Nivel Central de la CCSS o, en su defecto, donde la entidad competente defina en sus procesos según la mejora continua, deberá comunicarle al centro de trabajo y al área de salud correspondiente que fue inscrito satisfactoriamente.
- g) Para iniciar con la utilización de la oferta de servicios establecida en este Reglamento, todo médico oficialmente inscrito en la Modalidad debe presentarse en el área de salud de adscripción del centro de trabajo y registrar su firma donde así lo estipule el centro de salud.
- h) Todo centro de salud de la CCSS o servicios contratados por ésta deberán disponer de un registro actualizado de firmas de los profesionales inscritos en la Modalidad, correspondientes a su área de adscripción y garantizar que los diferentes servicios involucrados en la prestación de servicios cuenten con él.
- i) El centro de trabajo deberá actualizar la información presentada en el Formulario “Inscripción a la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa”, ante alguna de las siguientes situaciones: a) vencimiento del permiso de funcionamiento del consultorio, b) cambio de razón social o ubicación; c) cuando sea solicitado por la unidad responsable de la Modalidad de la CCSS.
- j) Para actualizar la información, el centro de trabajo deberá presentar el formulario de inscripción al área de salud de adscripción del centro de trabajo, en un plazo máximo de 30

(treinta) días naturales posteriores a la ocurrencia de alguna de las situaciones indicadas en el inciso i) y ésta a su vez remitirlo a la unidad responsable de la modalidad en el nivel central.

Artículo 5°—Del recurso humano, instalaciones y equipos

- a) Los centros de trabajo adscritos a esta Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa proporcionarán la infraestructura, equipamiento tecnológico y el recurso humano técnico y administrativo necesario, que asegure la calidad adecuada de los servicios de salud y el cumplimiento de los procesos estipulados en la Modalidad.
- b) El consultorio para la atención de los trabajadores en el escenario laboral podrá estar tanto dentro de las instalaciones del centro de trabajo como fuera, garantizándose en cualquier caso por parte del centro, el traslado seguro de quienes requieran el servicio y asumiendo toda responsabilidad que de dicho traslado se derive.
- c) El recurso humano mínimo necesario para ingresar a la Modalidad es de un médico, preferiblemente especialista en Medicina del Trabajo, que tendrá a cargo los programas de atención integral dispuestos en este Reglamento; sin embargo, cada centro de trabajo puede contar con el personal adicional que considere óptimo, según sus necesidades y recursos.
- d) Los centros de trabajo, libremente, escogerán y contratarán a los médicos; éstos deberán cumplir con los requisitos legales y reglamentarios que la legislación costarricense tenga establecido para el ejercicio de la profesión.
- e) Todo médico inscrito en la Modalidad debe estar ligado al menos a un centro de trabajo; un mismo médico puede estar ligado a varios centros de trabajo.

Artículo 6°—De la papelería

- a) Para tener acceso a la oferta de servicios de la modalidad, los centros de trabajo y profesionales inscritos deben solamente utilizar la papelería oficialmente autorizada para este fin. En este sentido los centros de trabajo son los custodios de la papelería y responsables sobre el uso adecuado de ella, por lo que deben velar que sea utilizada únicamente para beneficio del centro de trabajo que la compró y para los fines que fue adquirida, a excepción de las constancias de incapacidades y licencias y los recetarios de psicotrópicos que son responsabilidad del profesional médico.
- b) La CCSS proporcionará la papelería institucional que los centros de trabajo requieren para tener acceso a la oferta establecida en el presente Reglamento. En caso de que los centros de trabajo se retiren de la modalidad, toda papelería debe ser devuelta al área de salud donde fue adquirida a través del procedimiento que se establezca para este fin.
- c) La papelería de la CCSS disponible para uso de los centros de trabajo dentro de esta Modalidad es la siguiente; sin embargo, puede variar de acuerdo con los requerimientos técnicos que se definan, lo cual se debe comunicar formalmente:

Papelería	Código Institucional
Receta de medicamentos	4-70-03-0160
Receta Inyectables	4-70-06-1640
Psicotrópicos / Estupefacientes	4-70-03-0205
Referencia y Contrareferencia	4-70-04-0140
Estudios Radiológicos	A.G.4-70-03-0420
Electrocardiogramas	4-70-03-0300
Exámenes de Laboratorio	4-70-03-0460
Constancia para Incapacidades y Licencias	4-70-03-0130
Control Perinatal	4-70-03-3000
Informe diario de consulta externa	4-70-07-0180

- d) Los representantes que los centros de trabajo inscritos en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa designen retirarán en el área de adscripción que le corresponda la papelería que requieran para la atención de los asegurados debiendo presentar nota de autorización del centro de trabajo.

- e) La papelería se otorgará a precio de costo. Las proveedurías de los centros de salud de la CCSS o quien se establezca en el nivel local como responsable de la venta de los formularios, actualizarán el precio de la papelería con la información que genera el Sistema Informático de Contabilidad de Suministros (SICS), mediante solicitud a la Subárea de Contabilidad Activos y Suministros.
- f) La cantidad se entregará de acuerdo con la necesidad del centro de trabajo y según la disponibilidad de formularios en el área de adscripción correspondiente.
- g) Los centros de salud de la CCSS deben asegurarse de que todos los formularios que sean entregados para ser utilizados bajo esta Modalidad consten de un sello rojo distintivo de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa que incluya la leyenda “Medicina de Empresa”, el logo oficial de la CCSS y el número de unidad programática, con el fin de mantener un adecuado control de ella. Además, deben verificar que las empresas o médicos que soliciten la papelería estén efectivamente adscritos a ese centro de salud y se encuentren activos al momento de la solicitud. En caso contrario no se les deberá hacer entrega de la papelería.
- h) Los centros de trabajo deben incorporar a los formularios que se les entregue un único sello con el nombre, código y especialidad inscrita del médico firmante, así como con la razón social del centro de trabajo, lo que deben verificar los centros de salud de la CCSS para la entrega de la oferta solicitada.
- i) El formulario “Constancia para Incapacidades y Licencias” será entregado por la Dirección Médica o la autoridad que ella delegue del centro de salud de adscripción del centro de trabajo. Lo hará entregando personalmente en una primera y única vez dos talonarios en blanco a cada médico autorizado, anotando en un libro de actas la numeración del talonario, el nombre completo, código, fecha y la firma del profesional que recibe, así como el ingreso de esta información en el sistema automatizado. Cuando se haya utilizado por completo el primero de ellos podrá solicitar otro talonario en blanco, de tal manera que el médico siempre disponga de boletas de incapacidad en su lugar de trabajo.
- j) El retiro y custodia del formulario “Constancia para Incapacidades y Licencias” es responsabilidad del profesional y no podrá hacerse por medio de terceros. En caso de duda se deberá presentar el carné vigente del respectivo colegio profesional.
- k) El extravío de formularios “Constancia para Incapacidades y Licencias” debe ser reportado inmediatamente a la Dirección Médica del centro médico, para que sea registrado en el Sistema de Registro Control y Pago de Incapacidades (RCPI), de acuerdo con lo estipulado en el artículo 16° del Manual de Procedimientos para el Registro, Control y Pago de Incapacidades RCPI.
- l) Los profesionales adscritos a la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa podrán solicitar los formularios o recetarios de psicotrópicos (4-70-03-0205) en la oficina respectiva, otorgándoseles un máximo de dos, cuando se trate de la primera solicitud y, posteriormente, a la entrega del formulario lleno se otorgará uno nuevo.
- m) Los centros de salud llevarán un registro con los nombres de médicos y centros de trabajo a los que se les vende papelería, y se indicará la cantidad entregada de cada formulario, la fecha, el centro de trabajo, el consecutivo, así como nombre y cédula de la persona que recibe.
- la red de atención de la CCSS, prescripción de medicamentos, exámenes de laboratorio y gabinete, imágenes médicas, pruebas especiales, incapacidades y riesgos excluidos.
- b) Para tener acceso a la oferta de servicios establecida en el presente Reglamento, el equipo de salud del centro de trabajo será responsable de la ejecución de las actividades que se le definen en los procesos de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa.
- c) Como parte del proceso de atención integral en el escenario laboral, el centro de trabajo deberá remitir de manera trianual en el mes de enero, el Análisis de la Situación en Salud en el Escenario Laboral (ASISEL) y el Plan de Atención Integral en el Escenario Laboral (PAIEL) al área de salud de adscripción, de acuerdo con el proceso y metodología definida para este fin.
- d) El Equipo de salud del centro de trabajo debe dar el seguimiento correspondiente al PAIEL.
- e) El centro de trabajo, mediante su equipo de atención integral, debe establecer el seguimiento a la salud de los trabajadores y satisfacer, dentro de su ámbito de competencia y resolutivez, las necesidades que éstos demanden del servicio.
- f) Solo el médico inscrito como parte de la Modalidad podrá referir a las especialidades que son parte de la oferta establecida en artículos posteriores de este Reglamento, según la red de servicios correspondiente a su área de adscripción.
- g) El ámbito de competencia del equipo de salud del centro de trabajo no se restringe a lo establecido en este Reglamento; sin embargo, para acceder a la oferta de servicios de la Modalidad deben regirse por lo aquí estipulado, en el entendido que deben conocer y cumplir los distintos procedimientos establecidos para este fin.
- h) El médico tiene la obligación de llevar un expediente de salud individual único de los pacientes que atiende y anotar en él todos los datos de interés y cualquier servicio solicitado a la CCSS dentro de la oferta descrita en este Reglamento. Dicho expediente podrá ser físico o digital y estará sujeto a la evaluación por parte de la Caja, y debe respetarse el derecho privado y confidencialidad del usuario.
- i) El médico está en la obligación de consignar en los documentos derivados de la consulta recetas de medicamentos, órdenes de exámenes de laboratorio y referencias a especialistas, así como cualquier servicio que se demande de la CCSS, cuando se trata de un accidente o riesgo de trabajo que está a cargo de otros entes aseguradores.
- j) Los médicos adscritos y los centros de trabajo serán responsables del buen uso, de la confidencialidad de la información y de la custodia de la documentación entregada por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 8°—Responsabilidades de los trabajadores

- a) Para utilizar los servicios que se ofrecen en la Modalidad dentro de la red de la CCSS, se requiere que el trabajador presente la orden patronal, cédula de identidad o documento de similar rango y el carné de asegurado (artículo 74 Reglamento del Seguro de Salud).
- b) En caso de traslado temporal de domicilio por motivo de trabajo, el trabajador deberá inscribirse en el área de adscripción de la CCSS correspondiente, según su nuevo lugar de residencia, para tener acceso oportuno a la oferta de servicios establecida en este Reglamento. De igual manera deberá el trabajador hacer el aviso correspondiente a la CCSS al momento de regresar a su lugar de domicilio permanente.
- c) Todo trabajador debe utilizar racionalmente los servicios que le ofrece la CCSS en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, según lo establecido en los procesos de trabajo definidos. Esto incluye, entre otros, el retiro de los medicamentos, resultados de exámenes de laboratorio clínico, imágenes médicas y asistencia a citas en los tiempos establecidos institucionalmente para dicho fin.

Artículo 9°—Registros estadísticos e información sobre la Modalidad

- a) Para efectos estadísticos los centros de trabajo deben llevar los registros diarios respecto de los servicios que se brindan en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa,

CAPÍTULO III:

Sobre la atención en los centros de trabajo

Artículo 7°—Responsabilidades de los profesionales en salud y del centro de trabajo

- a) Sin perjuicio de lo pactado en la relación contractual fijada entre los médicos y el centro de trabajo, los profesionales inscritos en la Modalidad deben brindar servicios de atención integral en salud a las personas, y considerar los lineamientos Institucionales para la Modalidad y aquellos que en un futuro se decida en materia de atención directa a las personas, ingreso a

específicamente, información del auxiliar de consulta externa (código 4-70-07-0180), causas de consulta y referencias, así como de toda variable que eventualmente la CCSS considere incorporar.

- b) Estos datos consolidados en las herramientas que la CCSS instruya para tal fin deben ser entregados al área de salud de adscripción del centro de Trabajo en los primeros 5 (cinco) días hábiles del mes y deben seguir los canales necesarios de acuerdo con lo que instruya la unidad responsable de la estadística institucional; ésta última debe asegurar que la información esté disponible para la mejora continua de la modalidad.
- c) Las áreas de salud deben llevar, mensualmente, registro de la entrega de estos formularios por parte de los centros de trabajo e informar de los incumplimientos a la unidad responsable de la modalidad, para que se tomen las medidas reglamentarias correspondientes.
- d) El centro de trabajo está en la obligación de brindar, en forma oportuna, la información relacionada con la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa que así sea solicitada por la CCSS.

CAPÍTULO IV:

Sobre el control de la modalidad por parte de la CCSS

Artículo 10.—Control de la Modalidad

- a) Para efectos de prestar los servicios establecidos en la oferta, los centros de salud de la CCSS o los servicios contratados por ésta deben verificar que todo formulario avalado para uso de esta Modalidad tenga la firma registrada por el médico inscrito.
- b) Para la entrega de la oferta establecida en este Reglamento, los centros de salud deben verificar que el centro de trabajo y médico solicitante se encuentren adscritos y activos dentro de la modalidad; en caso contrario no tendrán acceso a la oferta.
- c) Para efectos de verificación sobre la adscripción y el estado de los centros de trabajo y médicos, la unidad responsable de la modalidad en el nivel central debe poner a disposición de los centros de salud la información respectiva, a través de los medios disponibles. De igual manera, los centros de salud deben garantizar que dicha información esté disponible para consulta en los distintos servicios que forman parte de la oferta (proveeduría, farmacia, laboratorio clínico, radiología, registros de salud y todos los que se consideren necesarios).
- d) El nivel regional o quien en su momento asuma como función la supervisión sobre el nivel local de la CCSS supervisará el cumplimiento de lo establecido en el presente Reglamento, específicamente, los controles operativos que son responsabilidad de los centros de salud correspondientes a su región de acuerdo con lo descrito en los artículos 4 inciso d) y h), 6 incisos e), f), g), h), i), j), l) y m); 8 inciso a), 9 incisos b) y c); 13 inciso e); 15 incisos c), f), n), y o); 16 inciso f); 17 incisos a) y c); 18 incisos a), c), d), e) y g), y 20.
- e) Es responsabilidad de la CCSS, a través de la unidad responsable de la modalidad, realizar las siguientes acciones para su control:
 - i. Emitir normas de control y evaluación de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa.
 - ii. Evaluar el cumplimiento del presente Reglamento, por parte de los médicos y de los centros de trabajo adscritos a esta Modalidad.
 - iii. Evaluar y asesorar la supervisión operativa ejercida por los niveles regionales sobre los niveles locales que establece el inciso d) del presente artículo.
 - iv. Evaluar el funcionamiento y resultados de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa.
 - v. Mantener actualizada la base de datos con la información de los médicos y centros de trabajo inscritos.
- f) Al ejercer la evaluación mediante las dependencias correspondientes, según lo que se establece en el artículo 5 de la Ley General de Salud, la CCSS podrá solicitar la información que sea de interés local y nacional.

- g) La CCSS tiene el derecho a evaluar por los medios que ésta defina el cumplimiento del presente Reglamento, por parte de los médicos y de los centros adscritos a esta modalidad.

Artículo 11.—Mejora continua de la Modalidad

- a) La CCSS, a través de la unidad responsable de la modalidad, deberá realizar las siguientes acciones como parte del proceso de su mejora continua.
 - i. Proponer, con base en las evaluaciones realizadas, posibles cambios en la Modalidad y, por consiguiente, en el presente Reglamento.
 - ii. Revisar continuamente los procesos, formularios e instrumentos de trabajo relacionados con la Modalidad, con el fin de identificar e implementar posibles mejoras.
 - iii. Gestionar la actualización del sistema de información para la Modalidad.

Artículo 12.—Asesoría técnica sobre la Modalidad

- a) La CCSS, a través de la unidad responsable de la modalidad, deberá proveer la información y la asesoría técnica respecto de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa a las instancias institucionales y centros de trabajo que así lo requieran, de la manera más expedita posible.
- b) La asesoría técnica será ofrecida de forma escrita, presencial, telefónica o por los medios electrónicos disponibles. Podrá solicitarse en el área de salud de adscripción o directamente a la unidad responsable de la Modalidad en el Nivel Central, siguiendo el proceso establecido.

CAPÍTULO V:

Oferta de servicios

Artículo 13.—Complejidad de la prestación de los servicios

- a) Sin perjuicio de la capacidad instalada del departamento de salud que disponga el centro de trabajo, los servicios de atención integral que se ofrecerán a los trabajadores en el marco de la presente Modalidad deben ser homólogos a los brindados por la CCSS en el primer nivel de atención, según el modelo de atención vigente, excepto por lo estipulado en el inciso c) del presente artículo y en el artículo 15, inciso e).
- b) Cuando el médico del centro de trabajo es médico general, el usuario ingresará a la red mediante referencia directa a las áreas de salud tipo 1 y a las especialidades definidas para las áreas de salud tipo 2, que a la fecha son Psiquiatría, Medicina Interna y Ginecoobstetricia, ambos casos según el lugar de residencia de la persona.
- c) Cuando el médico del centro de trabajo es especialista en alguna rama de la medicina podrá referir directamente a las áreas de salud tipo 1 y a las especialidades definidas para las áreas de salud tipo 2, así como al servicio médico que considere en caso que refiera sobre una patología propia de su especialidad, siempre siguiendo la red de adscripción de la persona usuaria del servicio.
- d) Tanto el médico general como especialista tendrán acceso de referencia directa a los servicios de Nutrición, Trabajo social, Psicología y Odontología en el nivel correspondiente, según la oferta de la red, siguiendo los parámetros institucionales establecidos.
- e) Los centros de salud de la CCSS deben asegurarse el cumplimiento de lo estipulado en los incisos b), c) y d) del presente artículo y para ello cuenta con los diferentes sellos definidos en el artículo 6, incisos g) y h).

Artículo 14.—Lugar de realización

- a) La prestación de los servicios médicos para ingreso a la red de la CCSS, a través de referencias a especialistas e imágenes médicas, será realizada de la siguiente manera:
 - Caso de urgencia: en caso de urgencia médica que se considere requiera la atención de un especialista o de imágenes médicas por parte de la CCSS, el usuario debe ser referido al servicio de urgencias más cercano para su valoración.
 - Caso de rutina: en el área de salud de adscripción, según el lugar de residencia del usuario.

- b) El despacho de recetas de medicamentos, tanto de rutina como de urgencia, se realizará en el lugar de adscripción del centro de trabajo o, en su defecto, donde así sea dispuesto por la CCSS para casos específicos.
- c) Como excepción, en los casos de trabajadores incapacitados, el despacho de recetas de medicamentos puede efectuarse en el área de salud de adscripción del usuario.
- d) Para los medicamentos inyectables, el despacho y aplicación será en el lugar de adscripción del trabajador, según lugar de residencia. La aplicación de los medicamentos inyectables debe cumplir con las normas de administración de medicamentos establecidas en la Lista Oficial de Medicamentos vigente.
- e) La toma de muestras de laboratorio clínico y la realización de las pruebas se realizarán en el laboratorio del lugar de adscripción del centro de trabajo.

Artículo 15.—De los servicios de apoyo farmacéutico.

- a) Las recetas deberán ser enviadas, para su despacho, a la farmacia por parte del personal responsable del centro de trabajo, acompañadas de un listado (original y copia) en papel membretado del centro de trabajo, con su nombre y número de teléfono. En la lista debe constar: el nombre y dos apellidos de cada paciente, su número de cédula o de asegurado, edad y consecutivo de las recetas indicadas a dicho paciente.
- b) Para los casos de excepción referidos en el artículo 14 c) las recetas pueden ser presentadas directamente en el área de salud de adscripción del trabajador.
- c) Las recetas (consulta externa e inyectables) deberán ser entregadas a la farmacia, quienes revisarán las recetas contra lista y entregarán con sello de recibido la copia del listado; se indicará, además, la hora y día que el personal de farmacia determine para la entrega de los medicamentos despachados.
- d) Para la entrega de los medicamentos Psicotrópicos, la persona autorizada por el centro de trabajo para retirarlos debe anotar su nombre, firma y número de cédula por detrás de la receta de Psicotrópicos.
- e) La prescripción y el despacho de los medicamentos se regirán, según lo estipulado en las Normas para la Prescripción, Dispensación y Administración de Medicamentos de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) emitida y actualizada por la Dirección de Farmacoepidemiología. Los medicamentos no LOM y los medicamentos LOM con protocolo no se despacharán por esta Modalidad de atención.
- f) Para los efectos de prescripción de medicamentos autorizados para especialidades, se respetará la especialidad inscrita para el profesional ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y que así haya sido reportada en el formulario de inscripción.
- g) La prescripción de medicamentos para los casos de urgencia será de tres a cinco días de tratamiento, con excepción del tratamiento con antibióticos o ciclos cortos de corticosteroides y otros tratamientos que requieran esquema completo.
- h) La prescripción máxima de medicamentos para los pacientes de rutina será por treinta días de tratamiento, según lo establecido en la LOM.
- i) No se autorizará el despacho de Penicilina Benzatínica en esta Modalidad. En el caso de que algún paciente requiera que se le administre este medicamento, deberá ser referido a su centro de adscripción (Circular CCF 1306-09-04 del Comité Central de Farmacoterapia).
- j) Los medicamentos despachados por la CCSS no podrán ser almacenados a manera de “stock” en los distintos centros de trabajo.
- k) Cuando el centro de trabajo por alguna razón no haya entregado el o los medicamento(s) al usuario final (paciente), en el término de tres días hábiles después de despachados, el encargado del centro de trabajo debe devolverlos al servicio de farmacia que los despachó, a fin de controlar el cumplimiento de los tratamientos y fomentar el uso racional de medicamentos. Los centros de trabajo devolverán semanalmente a los respectivos servicios de farmacia del centro de salud adscrito, aquellos medicamentos no retirados

por los trabajadores, para cuyo caso debe quedar consignado, en el respectivo expediente de salud de cada paciente en la empresa respectiva, el no retiro de los medicamentos.

- l) Cuando exista algún medicamento que el médico lo catalogue como caso de urgencia, deberá justificarlo con una nota clara en el reverso de la receta y firmada por el mismo médico, para ser despachado por la farmacia con la mayor brevedad posible.
- m) Cuando alguno de los medicamentos prescritos contenidos en la LOM se encuentre sin existencia en la farmacia, el farmacéutico responsable de la farmacia despachante lo comunicará al médico del centro de trabajo para que éste valore la posibilidad de sustituir por otro medicamento del mismo grupo terapéutico de la LOM y que se encuentre disponible en la farmacia.
- n) Los centros de trabajo deben remitir semanalmente el listado de pacientes que no retiraron sus medicamentos en la empresa, a efectos de verificar que éstos fueron devueltos al servicio de farmacia para su adecuada disposición final.
- o) Las farmacias institucionales o contratadas para este fin deberán llevar un registro de las recetas de medicamentos despachadas y las recetas de medicamentos reintegradas por no retiro correspondientes a la Modalidad de Atención Integral en el Escenario Laboral.

Artículo 16.—De los servicios de laboratorio clínico

- a) Toda solicitud de exámenes de laboratorio deberá enviarse en el formulario 4-70-03-0460 debidamente lleno y firmado por el médico responsable y cumplir, además, lo estipulado en el artículo 6, inciso h) del presente Reglamento. Cuando algún examen revistiere el carácter de urgente, el médico responsable lo indicará en el formulario en lugar visible, justificando la necesidad de acuerdo con la definición de urgencia descrita en el presente Reglamento.
- b) La oferta básica de servicios de Laboratorio Clínico es la siguiente:
 - i. Química Clínica: Albúmina, Amilasa, Bilirrubinas, Calcio, Fosfatasa Alcalina, General de Orina, Glucosa, Hemoglobina Glicosilada, Colesterol total, HDL-Colesterol, LDL-Colesterol, Triglicéridos, Nitrógeno Ureico, Creatinina, Proteínas Totales, T3 (Triyodotiroxina), T4 Libre, T4 (Tetrayodotiroxina), TSH (Hormona Estimulante Tiroides), Transaminasa Glutámico Pirúvico (TGP/ Alanina Amino Transferasa), Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO/ Aspartato Amino Transf.), Colinesterasa, Electrolitos.
 - ii. Hematología: Hemograma completo (automatizado), Espermogramas, Estudios por Hematozoarios, Morfología de Glóbulos Rojos, Tiempo de Protrombina (TP), Tiempo de Tromboplastina Parcial (TPT), Velocidad de Eritrosedimentación (VSG).
 - iii. Inmunología y Serología: Antígeno Prostático Específico (PSA), Antígeno Prostático Específico (PSA) Libre, Antiestreptolisina O, Brucella, Factor reumatoide, Hormona Gonadotrofina Coriónica (Fracción Sub Beta - embarazo), Mononucleosis infecciosa, Paratifoidea A, Paratifoidea B, Proteína C Reactiva, Proteus OX19, Tifoideo H, Tifoideo O, Tuberculina, VDRL y Tamizaje por VIH.
 - iv. Bacteriología: Exudados por cultivo (abscesos, uretrales, faríngeos, etc.), Estudios por hongos (microscopía y cultivo), Hansen (baciloscopia), Prueba de sensibilidad a los Antibióticos (PSA), Tinciones (Gram, Giemsa, Ziehl-Neelsen, China), Urocultivo.
 - v. Parasitología: Coproparasitológico, Oxiuros, Trichomonas, Leishmania, Sangre oculta en heces.
- c) De los exámenes especializados:
 - i. El médico del centro de trabajo debe coordinar con el Director del Laboratorio Clínico correspondiente la realización de estos exámenes y justificar la necesidad: hormonas no contempladas en el cuadro básico, Serología por Dengue, Estudios por Leptospira, e Inmunofluorescencia por Virus Influenza. De no contar con la capacidad instalada,

el Director de Laboratorio deberá coordinar dichos exámenes con el centro de mayor complejidad en la red o en su defecto rechazar la solicitud.

- d) Los informes de los resultados de laboratorio deberán hacerse por escrito dentro de los ocho días hábiles posteriores a la toma de la muestra, en el formulario establecido para el reporte correspondiente. Para casos de urgencia el informe será entregado directamente al trabajador. Para ambos casos el retiro no deberá superar los 30 (treinta) días naturales.
- e) Los exámenes solicitados serán procesados en los laboratorios clínicos de la Caja Costarricense del Seguro Social, bajo las mismas normas de calidad de uso en la Institución.
- f) Los laboratorios clínicos deberán llevar un registro de los exámenes retirados y no retirados correspondientes a la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa y enviar informes mensuales a la unidad responsable del nivel central con el nombre de los centros de trabajo que no retiran exámenes en el plazo estipulado.

Artículo 17.—De los estudios radiológicos e imágenes

- a) Toda solicitud de estudios radiológicos o imágenes deberá enviarse en el formulario A.G.4-70-03-0420 debidamente lleno y firmado por el médico responsable, y cumplir, además, lo estipulado en el artículo 6, inciso h) del presente Reglamento. Cuando algún examen revistiere el carácter de urgente, el médico responsable lo indicará en el formulario en lugar visible.
- b) El cuadro básico de imágenes y estudios de gabinete para los usuarios de la Modalidad son las siguientes:
 - Rx de tórax P.A. y A.P.
 - Senos paranasales.
 - Rx de cráneo A.P y lateral.
 - Rx de huesos largos A.P y lateral
 - Mastoides.
 - Columna cervical, dorsal, lumbar y sacra A.P. y lateral.
 - Serie gastroduodenal.
 - Rx. de Abdomen simple.
 - Ultrasonido: simple de abdomen, ginecológico, próstata y mamas.
 - Electrocardiograma.
- c) Los siguientes estudios, para su realización, requieren de la solicitud de la especialidad respectiva, para lo cual en la solicitud deberá anotarse la justificación del caso. Al momento de contar con protocolos específicos institucionales para la realización de estos estudios, éstos deberán ser acatados para esta Modalidad.
 - Mamografía.
 - Colon por enema, P.I.V.
 - Gastroscopía.

Artículo 18.—Incapacidades y licencias

- a) El otorgamiento de incapacidades y licencias, en esta modalidad de atención, se rige por lo establecido en el Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud.
- b) El otorgamiento de una incapacidad por enfermedad o una licencia por maternidad constituye un acto formal, que debe ser el resultado de un acto médico, durante el horario en que el médico se encuentra contratado por el centro de trabajo, facultado legalmente para extenderla y con la presencia del asegurado (a) activo (a); acto formal que debe quedar debidamente registrado en el expediente de salud con la justificación respectiva del médico autorizado que otorga la licencia o incapacidad. Dicha anotación incluye las fechas de incapacidad o licencia otorgada, así como el número de la boleta.
- c) El médico que presta sus servicios en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa podrá otorgar incapacidades únicamente en el formulario 4-70-03-0130.

- d) Los médicos de la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa no podrán otorgar recomendaciones o boletas de incapacidad a parientes en primer grado por consanguinidad o afinidad. El realizarlo conlleva una denuncia a la fiscalía del colegio profesional respectivo.
- e) Los médicos del centro de trabajo autorizados por la Caja como tales podrán otorgar incapacidades hasta por cinco días dentro del plazo de treinta días naturales en el formulario de otorgamiento de incapacidades de la CCSS, siempre y cuando se ajusten a lo establecido en el documento de estandarización de días de incapacidad por patología y únicamente en la empresa en la cual el talonario está registrado para su uso.
- f) La constancia de incapacidad debe ser remitida al centro de adscripción respectivo del trabajador (a) para su registro, debidamente llena y en sobre cerrado, dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a su otorgamiento. Además, se le debe de entregar a los trabajadores las dos boletas blancas, debidamente llenas, para su presentación al patrono. A toda boleta de incapacidad debe anotársele el código 640 en el espacio de servicio.
- g) De requerirse incapacidad que supere los cinco días en el plazo indicado u otra incapacidad, ya sea por la misma patología u otra nueva, el asegurado activo debe ser valorado por los profesionales en Ciencias Médicas de la Caja, para lo cual deberá ser referido con una epicrisis (resumen detallado del padecimiento actual e historia clínica) al centro médico de adscripción en el formulario 4-70-04-0140 de referencia institucional.
- h) De requerir excepcionalmente días de incapacidad anteriores a la fecha de atención (retroactividad) se podrán otorgar hasta por un plazo máximo de tres días naturales inmediatos anteriores a la fecha de atención, con visto bueno del director médico o la autoridad que éste delegue del área de adscripción del asegurado. La justificación respectiva debe fundamentarse en el expediente de salud y ser enviada con la boleta de la incapacidad a la Dirección Médica del centro al cual el asegurado activo está adscrito. Dichas incapacidades se tramitarán en un plazo máximo de dos días a partir de la fecha en que fue formulada la recomendación en el área de adscripción del asegurado.
- i) Se incluye la autorización para la extensión de licencias por maternidad, según lo expuesto en el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud.

CAPÍTULO VI:

Atención de riesgos excluidos

Artículo 19.—De la atención de riesgos excluidos

- a) Implican riesgos excluidos todos aquellos riesgos no cubiertos por los Seguros Sociales gobernados y administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 73 de la Constitución Política y el artículo 16° del Reglamento del Seguro de Salud, dentro de los que se incluyen, al menos, los casos de Riesgos del Trabajo de conformidad con la Ley N° 6727 y los de accidentes de tránsito, en tanto cubiertos por el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, regulado por la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078. Además, comprende aquellas patologías originadas en siniestros, en relación con los cuales exista, en el ordenamiento jurídico, norma que obligue a quien desarrolla la actividad de que se trate a contar con coberturas para gastos médicos y prestaciones en dinero, que alcancen hasta la recuperación de la salud y reinserción laboral del lesionado.
- b) El médico que presta sus servicios en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa debe aplicar las disposiciones que emita la CCSS relacionadas con la atención de riesgos excluidos, incluidas en éstas: circulares, protocolos médicos, instructivos u otros y aquellas asociadas a lograr una adecuada identificación de los casos de riesgos excluidos para su posterior facturación.

- c) Si el consultorio médico de empresa es catalogado como consultorio médico laboral del ente asegurador, éste deberá utilizar su papelería y sus procedimientos para la atención médica del riesgo excluido.

Artículo 20.—De la detección y facturación de riesgos excluidos

- a) El médico que presta sus servicios en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa debe adoptar todas las acciones que resulten necesarias para garantizar una oportuna y eficiente identificación, desde el punto de vista técnico-médico, de aquellas atenciones que brinde y que correspondan a coberturas de riesgos excluidos de los que administra la Caja.
- b) El médico que presta sus servicios en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, en caso de identificar un riesgo excluido que por sus características de oportunidad en la atención, como urgencia o disponibilidad de servicios de salud, requiera utilizar la oferta de servicios establecida en esta modalidad, deberá remitir a la unidad médica del lugar de adscripción en el plazo de 3 (tres) días hábiles, contados a partir del día siguiente al que se brindó dicha atención, copia del expediente de salud completo debidamente foliado, una copia de la referencia médica emitida a la aseguradora y el formulario para facturación de riesgos excluidos en la modalidad de atención integral de medicina de empresa debidamente lleno.
- c) El médico que presta sus servicios en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, en caso de determinar en la atención médica qué se trata de una enfermedad laboral no diagnosticada en sus consultas previas, en las cuales haya requerido los servicios de la Caja, debe constatar la primera atención brindada por la patología afín, y revisar las consultas en el expediente de salud. Una vez determinada la fecha de origen de prestación de servicios por el riesgo excluido de que se trate deberá remitir a la unidad médica del lugar de adscripción en el plazo de 3 (tres) días hábiles, contados a partir del día siguiente al que se brindó dicha atención, copia del expediente de salud completo debidamente foliado, una copia de la referencia médica emitida a la aseguradora y el formulario para facturación de riesgos excluidos en la modalidad de atención integral de medicina de empresa debidamente lleno.
- d) Para el caso de los incisos b) y c) de este artículo, la unidad médica una vez recibida la documentación, procederá, a través de su Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos, a generar la correspondiente cuenta por cobrar y a facturar las atenciones médicas que se hubieren brindado, a efecto de lograr un cobro oportuno a la aseguradora o al patrono, según corresponda.

CAPÍTULO VII:

Terminación de contrato, sustitución del médico y procedimientos varios

Artículo 21.—Terminación de contrato o sustitución del médico

- a) Cuando el centro de trabajo dé por terminada la contratación con el médico o deba sustituirlo, deberá completar el Formulario “Exclusión y Sustitución del Médico en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa”, entregarlo en el área de salud de adscripción del centro y, en el caso de sustitución, adjuntar la certificación de incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica con no más de 90 (noventa) días de emitido, para inscribir al nuevo médico.
- b) Una vez recibida la información completa, la CCSS inscribirá al médico en un plazo no mayor a los 15 (quince) días hábiles.
- c) En los casos que sea previsible como vacaciones o despidos del médico, el centro de trabajo debe iniciar con los trámites de sustitución con suficiente antelación para mantener la continuidad en el servicio.

Artículo 22.—De los procedimientos ante diversos escenarios

- a) Los escenarios se clasifican en tipo A y tipo B.
- b) Las siguientes son escenarios tipo A:
- No retiro de resultados de exámenes de laboratorio, medicamentos y estudios radiológicos realizados por la CCSS en el tiempo indicado por parte del interesado.
 - No suministro de información a la CCSS por parte de los centros de trabajo y médicos, en el tiempo establecido: Fórmula 180, Registro de causas de consulta y referencias, ASISEL y PAIEL.
- c) Las siguientes son escenarios tipo B:
- No actualización oportuna de información por parte del centro de trabajo y del médico cuando se presenten cambios o así sea solicitado por la CCSS.
 - Intentar acceder a la oferta establecida en este Reglamento, incumpliendo los requisitos de inscripción estipulados en él.
 - Manejo de los expedientes contrario a lo estipulado en el presente Reglamento.
 - Utilización inadecuada de la papelería institucional.
 - Disposición de un “stock” de medicamentos suministrados por la CCSS.
 - Recurrencia de un escenario tipo A en más de una ocasión.
- d) Ante escenarios tipo A procede la comunicación al médico o Centro de Trabajo sobre el escenario específico que se detectó de manera que proceda a corregir o aclarar la situación, si se repitiera el mismo escenario tipo A en dos ocasiones o el mismo no se corrigiera o aclarara se considerará tipo B.
- e) Ante escenarios tipo B procede realizar el comunicado al centro de trabajo y al médico sobre la situación y establecer un estatus de inactivo a nivel del sistema hasta tanto el centro de trabajo corrija el escenario o aclare la situación y se siga el proceso de activación dentro de la base datos.
- f) La CCSS tiene la potestad, ante cualquier escenario, de iniciar los procedimientos legales y administrativos que considere oportunos que pudieran derivar en la cancelación de la autorización.

CAPÍTULO VIII:

Disposiciones finales

Artículo 23.—Exclusión de responsabilidad

- a) Al brindarse los servicios de salud en los centros de trabajo mediante un contrato privado entre el centro y los profesionales en salud o la persona jurídica correspondiente, la Caja Costarricense de Seguro Social no asume responsabilidad alguna de índole civil o de cualquier otro tipo por el trabajo que ellos desarrollen dentro de su quehacer profesional. Se entiende que la aceptación del médico y el centro de trabajo en la Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa no les confiere ningún derecho subjetivo que les permita reclamar derechos adquiridos, en el evento de cancelárseles la autorización.
- b) Este Reglamento fue aprobado por la Junta Directiva en el artículo 20° de la sesión N°8707, celebrada el 3° de abril del año 2014 y deroga el aprobado en el artículo 22° de la sesión número 7631 del 14 de marzo del año 2002.

Publicado en La Gaceta (...).

- IV) Instruir la publicación del nuevo Reglamento Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa, en el Diario Oficial La Gaceta.
- V) Instruir a la Gerencia Médica, para que dé continuidad a las acciones que se han venido desarrollando para fortalecer el Sistema de Medicina de Empresa y Mixta, por parte de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, para el fortalecimiento de estas modalidades.
- VI) Instruir a la Gerencia Médica, para que continúe con el proceso para la actualización del Reglamento del Sistema Mixto de Atención Integral y su presentación ante esta Junta Directiva. Acuerdo firme”.

Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria.—1 vez.—O. C. N° 1115.—Solicitud N° 62770.—C-892.095.—(IN2014027522).