

BANCA DE DESARROLLO y BANCA CORPORATIVA
NIVELES MÁXIMOS DE APROBACIÓN

(Centros de los Servicios Financieros, Sucursales,
Oficinas Periféricas, Ventanillas*)

Más de \$2.000.000 Gerencial Pleno El Gerente General Corporativo, el Subgerente General de Negocios, el Director de la Banca Corporativa y el Director Regional correspondiente a la zona donde se produce el crédito. En caso de ausencia de éste último, podrá ser sustituido por otro Director Regional, designado por el Subgerente General de Negocios. Además debe asistir un abogado en calidad de asesor, el cual será nombrado por el Coordinador de la Consultoría Jurídica.

Monto	Nombre del comité	Composición del comité
Hasta \$ 10.000	Unipersonal	Técnico en Servicios y Operaciones Bancarias I o superior.
Hasta \$ 20.000	Bipersonal	Ejecutivo Bancario Administrativo I y Técnico en Servicios y Operaciones Bancarias II o superiores. De no existir consenso entre los dos miembros, la solicitud de crédito deberá ser elevada al nivel resolutorio superior inmediato.
Hasta \$ 30.000	Colegiado Operativo	Comité de crédito integrado por tres funcionarios propietarios que ocupen el puesto de un Técnico en Servicios y Operaciones Bancarias II, dos Ejecutivos Bancarios Administrativos I o superior, designados por el Gerente del Centro de Servicios Financieros o Sucursal. Para suplir sus ausencias temporales, el Gerente del Centro de Servicios Financieros o Sucursal nombrará tres suplentes, quienes deberán llenar los mismos requisitos que los propietarios.
Hasta \$ 30.000	Unipersonal Gerencial	Gerente de Centro de Servicios Financieros o Sucursal o Ejecutivo Bancario Administrativo III en ausencia del primero.
Hasta \$ 75.000	Colegiado Ejecutivo	Gerente del Centro de Servicios Financieros o Sucursal o Ejecutivo Bancario Administrativo III (en ausencia del primero), y dos Ejecutivos Bancarios Administrativo I o superiores, designados por el Director Regional.
Hasta \$ 100.000	Colegiado Juntas de Crédito Local	Juntas de Crédito Local.
Hasta \$ 300.000	Colegiado Regional	Director Regional, el Gerente del Centro de Servicios Financieros o la Sucursal de donde se genera el crédito y otro Gerente de Centro de Servicios Financieros o Sucursales designados por el Subgerente General de Negocios.

*Ventanillas a cargo de funcionarios del Banco Popular.

El monto es acumulativo por cliente y línea de crédito.

El Comité estará conformado únicamente por funcionarios de dicha Oficina o por excepción de sustituciones de carácter oficial de alguno de estos funcionarios.

Nota: créditos garantizados con títulos del Banco Popular: Los créditos back to back no suman en el acumulado por cliente, no obstante si se constituye un crédito de este tipo por más de US\$100.000, el nivel resolutorio será el Nivel Colegiado Ejecutivo, el cual resolverá los créditos solicitados en las Oficinas Periféricas.

Este deberá informar a más tardar en los siguientes 5 días hábiles al Comité Gerencial de Negocios o al Comité Gerencial Pleno, según corresponda.

COMITÉ NIVEL GERENCIAL

(Banca de Personas, Banca de Desarrollo y Banca Corporativa)

Hasta \$2.000.000	Gerencial de Negocios	El Subgerente General de Negocios, el Director de la Banca Corporativa, y el Director Regional correspondiente a la zona donde se produce el crédito. En caso de ausencia de este último, podrá ser sustituido por otro Director Regional, designado por el Subgerente General de Negocios. Además debe asistir un abogado en calidad de asesor, el cual será nombrado por el Coordinador de la Consultoría Jurídica.
-------------------	-----------------------	---

El monto es acumulativo por cliente y línea de crédito.

El Comité estará conformado únicamente por funcionarios de dicha Oficina o por excepción de sustituciones de carácter oficial de alguno de estos funcionarios.

San José, 15 de junio del 2006.—Proceso de Contratación Administrativa.—Lic. Maykel Vargas García, Coordinador.—1 vez.—(54955).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

JUNTA DIRECTIVA

Aprobación reforma reglamentaria

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 36 de la sesión N° 8061, celebrada el 30 de mayo del 2006, aprobó reformar los artículos 7°, 10 en cuanto a la definición de: *asegurado directo*, *asegurado activo*, *asegurado voluntario*, *incapacidad*, *subsidio*, *licencia por maternidad*, *comprobante de derechos*, *trabajador independiente* y *ayuda económica* (la restante terminología permanece invariable), 11, y los incisos a), c), e), f), g) y h), del artículo 12, 29, 31, 32, 34, 36, 39, 40, 43, 49, 50, 51, 52, el inciso e), del artículo 55, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 70, 71, 74, 79 y el Transitorio Único del Reglamento del Seguro de Salud, para que en adelante se lean en estos términos:

REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD

“Artículo 7°—**De la obligatoriedad.** La afiliación al Seguro de Salud es obligatoria para todos los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes y para los pensionados de los regímenes nacionales de pensión, en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que dispone el artículo N° 4 de la Ley Constitutiva de la Caja.

Artículo 10.—Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

Asegurado directo: Son los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes que cotizan en forma individual o mediante convenio, los pensionados o jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, las personas jefes de familia aseguradas por cuenta del Estado y las personas que individualmente se acojan al Seguro Voluntario.

Asegurado activo: Persona, hombre o mujer que se encuentra trabajando y cubriendo la cotización respectiva, cualquiera que sea el tipo de trabajo que origine su actividad. Incluye el trabajo asalariado subordinado y el trabajo independiente.

Asegurado voluntario: Personas con capacidad contributiva no obligadas a cotizar, pero que se afilian voluntariamente.

Incapacidad: Periodo de reposo ordenado por los médicos u odontólogos de la Caja o médicos autorizados por ésta, al asegurado directo activo que no esté en posibilidad de trabajar por pérdida temporal de las facultades o aptitudes para el desempeño de las labores habituales u otras compatibles con ésta.

El documento respectivo justifica la inasistencia del asegurado a su trabajo, a la vez lo habilita para el cobro de subsidios; su contenido se presume verdadero “iuris tantum”.

Subsidio: Suma de dinero que se paga al asegurado directo activo por motivo de incapacidad o de licencia.

Licencia por maternidad: Periodo obligado de reposo establecido por ley, para las trabajadoras aseguradas activas embarazadas, con motivo del parto. Se divide en licencia pre parto y licencia posparto dependiendo de si se refiere al periodo anterior o posterior al alumbramiento.

Se incluye en este concepto el periodo que fuere otorgado con motivo de aborto después de las 16 (dieciséis) semanas de gestación.

Comprobante de derechos: Documento que acredita la condición de asegurado directo, asalariado, trabajador independiente o asegurado voluntario, que permite a éstos y sus familiares tener acceso a los servicios que brinda el Seguro de Salud.

Trabajador independiente: Trabajador manual o intelectual que desarrolla por cuenta propia algún tipo de trabajo o actividad generadora de ingresos.

Ayuda económica: Monto que se paga por concepto de incapacidad por enfermedad o licencia por maternidad, cuando el trabajador (a) no ha cotizado por los plazos de calificación establecidos para el pago de subsidios.

Artículo 11.—**De la cobertura según modalidad de aseguramiento.** Son asegurados según su respectiva modalidad de cotización y aseguramiento las siguientes personas:

1. Los trabajadores asalariados.
2. Los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales.
3. Las personas jefes de familia aseguradas por cuenta del Estado.
4. Las personas que individual o colectivamente se acojan al Seguro bajo la modalidad de Seguro Voluntario.
5. Los trabajadores independientes, que coticen al Seguro en forma individual o colectiva.
6. Los familiares de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el Beneficio Familiar.
7. Población en condición de pobreza.

Artículo 12.—**De la protección del beneficio familiar.** Son asegurados familiares: el o la cónyuge, la compañera o el compañero, hijos, hermanos, padre, madre y otros menores, que dependan económicamente del asegurado directo, según las siguientes condiciones:

- a. Cónyuge sin actividad lucrativa, cuya dependencia económica se deba a una invalidez para el trabajo, o a la circunstancia de encontrarse realizando estudios en el nivel superior, mientras mantenga esa situación, o al desempleo involuntario, o a la ausencia de otros medios económicos propios que le permitan su subsistencia. En todo caso se presume "iuris tantum" (presunción relativa) la dependencia económica cuando él o la cónyuge solicite el beneficio, con fundamento en la declaración hecha por el asegurado directo, en formulario que le suministre para tal efecto la Caja, sin perjuicio del correspondiente estudio económico, que la Caja queda facultada para realizar en cualquier momento, a efecto de justificar en definitiva la procedencia del beneficio.
- b. (...).
- c. Hijos (as) inválidos con discapacidad severa. sin límite de edad, hijos (as) menores de 18 años de edad, o mayores hasta los 22 si cursan estudios de enseñanza media o técnica, parauniversitaria, o hasta los 25 si cursan estudios universitarios o en colegios universitarios, todo a juicio y comprobación por parte de la Caja. También quedan incluidos aquellos hijos (as) que, aunque mayores de edad, están en imposibilidad material para trabajar, en virtud de tener que cumplir su obligación de velar por alguno de sus padres, siempre y cuando éstos sean mayores de 65 años o presenten discapacidad severa.
- d. (...).
- e. Padre natural o de crianza cuando a juicio de la Caja exista dependencia económica completa del asegurado directo.
- f. Hermanos (as) menores de 18 años de edad, o mayores hasta 22 ó 25 años, siempre que se encuentren en la situación prevista respecto de los hijos (as), que estén debidamente inscritos, sean solteros y cumplan normalmente los estudios. El beneficio familiar también puede ser otorgado a los hermanos (as) mayores de edad con discapacidad severa, así como a aquél que se encuentre en imposibilidad material para trabajar en virtud de tener que cumplir su obligación de velar por alguno de sus padres mayores de 65 años o con discapacidad severa.
- g. Otros menores de 18 años de edad, de 22 y hasta los 25 si cursan estudios de enseñanza media, técnica o universitaria, según corresponda, no necesariamente ligados por un vínculo de familia con el asegurado directo, que convivan con él. Esta circunstancia deberá hacerse constar mediante declaración jurada hecha por el asegurado directo en formulario que se le suministrará para tal efecto y en el estudio socioeconómico que la Caja queda facultada para realizar en cualquier momento.
- h. Toda persona menor de edad o en período de gestación no protegida por el seguro familiar, que no se encuentre sujeta a la obligatoriedad de cotizar, tiene derecho a las prestaciones sanitarias a que se refiere el artículo 15, inciso a), de este Reglamento, con cargo al Estado, de acuerdo con lo que dispone el Código de la Niñez y la Adolescencia.

Cuando el requisito para otorgar el beneficio sea la discapacidad severa, la determinación de tal estado se hará por medio de la Dirección de la Calificación de la Invalidez.

La Caja se reserva el derecho de determinar, por los medios que estén a su alcance, las relaciones de parentesco y de dependencia económica. De llegarse a determinar que no existe dependencia económica, se procederá a suspender el beneficio y a formalizar la condición de asegurado por cualquiera de las otras modalidades existentes sin perjuicio de la facultad que se reserva la institución de cobrar el costo de las prestaciones otorgadas indebidamente.

Artículo 29.—**Del derecho a subsidios por incapacidad.** Tiene el derecho a subsidios el asegurado activo, asalariado o independiente, portador de una enfermedad común, que produzca incapacidad para el trabajo, debidamente declarada por los médicos de la Caja o por médicos de otros sistemas o proyectos especiales aprobados por la Junta Directiva.

En casos especiales, previa valoración correspondiente, la Caja podrá admitir, modificar o denegar las recomendaciones de incapacidad extendida por médico particular a un asegurado activo, de acuerdo con lo regulado en el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud.

Artículo 31.—**De la incompatibilidad del subsidio con otras prestaciones.** El derecho al pago de subsidios aquí previsto es incompatible con otras prestaciones económicas contempladas en leyes especiales, con motivo de la misma enfermedad común. En el momento en que se dé la doble cobertura, el monto de subsidio se reducirá, de modo que el beneficio total que perciba el trabajador no sobrepase el 100% de su salario o ingreso de referencia.

Artículo 32.—**De las incapacidades a cargo del Instituto Nacional de Seguros (INS).** No procede el pago de subsidios por enfermedad cuando se esté frente a los riesgos del trabajo o accidente de tránsito. En este último caso se actuará dentro de los límites de la póliza del Seguro Obligatorio de Vehículos, según convenio entre la Caja y el Instituto Nacional de Seguros.

Con motivo del agotamiento de la póliza, situación que el INS deberá informar formalmente con al menos una semana de antelación y en el evento que la Caja otorgue incapacidades, éstas podrán pagarse según los plazos máximos establecidos en este Reglamento, sumando para este efecto los días pagados por el INS.

Artículo 34.—**De los plazos de calificación para el pago de subsidios.** Tendrá derecho al pago de subsidios por incapacidad el trabajador activo que haya cotizado el mes anterior y además haya aportado 6 cuotas mensuales dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad. Los subsidios por incapacidad se pagarán hasta por un máximo de 52 semanas. No obstante, si el asegurado ha cotizado con 9 cuotas mensuales dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de la incapacidad, se podrá prorrogar el pago de subsidios hasta por 26 semanas adicionales en los términos que establece el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias.

Artículo 36.—**De la cuantía del subsidio por enfermedad.** El subsidio por incapacidad es de hasta cuatro veces el aporte contributivo total (trabajador, patrono y Estado) al Seguro de Salud, derivado del promedio de los salarios o ingresos procesados por la Caja, en los tres meses inmediatamente anteriores a la incapacidad.

El promedio indicado excluye cualquier otro ingreso que no corresponda al período de referencia señalado para el cálculo.

Tratándose de trabajadores asalariados, se tomará el salario o el monto que sirvió de base a la cotización, correspondiente al patrono (s) con el que labora el asegurado.

En caso de los trabajadores independientes, el monto de los subsidios se otorgará de conformidad con la siguiente tabla:

Meses cotizados	Porcentaje de subsidio
03 a menos de 06 meses (ayuda económica)	50%
06 a menos de 09 meses	75%
09 meses o más	100%

Todo subsidio se paga por períodos vencidos, de acuerdo con el procedimiento que la Institución determine.

Artículo 39.—**De la obligación de investigar salarios en caso de duda.** Si se dan indicios que permitan presumir la inexactitud del monto de salario o ingreso reportado o algún intento de defraudación a la seguridad social, el funcionario encargado de autorizar el pago, deberá investigar en forma previa la realidad del monto que deba tomarse en cuenta para el cálculo del subsidio.

El incumplimiento injustificado de esta obligación, constituye falta grave para los efectos disciplinarios laborales.

Artículo 40.—**De las licencias por maternidad.** Con motivo de la maternidad, a toda asegurada activa se le extenderá una licencia por cuatro meses que incluye el pre y post parto, conforme se establece en las leyes generales y especiales que se aplican a los diferentes grupos.

Las complicaciones del embarazo serán consideradas dentro de los riesgos de enfermedad; no obstante, cuando se trate de aborto no intencional o parto prematuro no viable y la gestación haya alcanzado las 16 semanas, el período de licencia que corresponda será otorgado de conformidad con lo que establece el artículo 18 del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud.

Si la licencia se otorga posterior al parto, ésta se extenderá por un período de tres meses a partir de la fecha del alumbramiento.

El subsidio que corresponda se pagará conforme el lugar de adscripción de la asegurada, pero en todos los casos el cargo presupuestario corresponderá al centro asistencial que emite el documento.

Artículo 43.—**De la cuantía del subsidio por licencia.** El subsidio por licencia es igual a tres y un tercio (3 1/3) veces el aporte contributivo total (trabajador, patrono y Estado) al Seguro de Salud, derivado del promedio de los salarios o ingreso mensual procesados por la Caja, correspondientes a los tres meses anteriores a la licencia o al parto.

Para efectos del cálculo de los subsidios a las trabajadoras independientes, aplican los porcentajes indicados en la tabla que incluye el artículo 36 de este Reglamento.

El subsidio será pagado por mes adelantado y con ajuste al procedimiento que la Institución determine.

El derecho queda condicionado a que la asegurada no se dedique a ninguna labor o actividad generadora de ingresos durante la licencia.

Lo establecido en el artículo 37, también, es aplicable a este tipo de subsidio.

Artículo 49.—**Del pago de traslados.** Este Seguro de Salud financia el pago de una ayuda para traslados al asegurado directo y sus beneficiarios, de acuerdo con las tarifas ordinarias autorizadas oficialmente, para lo cual, además, deberá tomarse en cuenta lo siguiente:

- a. Que hayan sido referidos por un centro asistencial a otro para recibir servicios que no pueden ser otorgados al asegurado en el primero.
- b. Que se trate de una emergencia que, por circunstancias especiales, debidamente verificadas por el personal de salud de la Caja, deba ser atendida en otro centro asistencial ajeno al de su adscripción.
- c. Que la distancia entre el centro de adscripción y el lugar donde se reciben los servicios sea cercana o superior a los 50 kilómetros. Mediante Instructivo, las Gerencias de las Divisiones Administrativa y Financiera deberán emitir las regulaciones necesarias sobre el particular.

Corresponde a la unidad que genera el gasto, establecer los procedimientos y controles necesarios a fin de que el reporte que justifica el pago de este beneficio, se realice oportuna y correctamente.

Artículo 50.—**De la ayuda para hospedaje.** El pago de este beneficio únicamente procede para el asegurado directo que deba pernoctar en el lugar de atención. Además, deben darse las siguientes condiciones:

- a. Que entre el centro del segundo o tercer nivel que brinda la atención y el lugar de adscripción del asegurado, haya una distancia cercana o superior a los 100 kilómetros; el procedimiento para la aplicación de esta normativa deberá ser definido mediante instructivo que emitirán las Gerencias División Administrativa y Financiera.
- b. Que la cita médica o fecha de atención haya sido programada en la mañana, antes de las 09:00 horas.
- c. Que por motivo del horario de los servicios de transporte, no exista posibilidad de que el asegurado pueda desplazarse oportunamente para asistir puntualmente a la hora de la cita programada, circunstancia que deberá quedar indicada en el documento de pago correspondiente.

La ayuda para hospedaje será equivalente al 30 % de lo que establece el Reglamento de Viaje y Transporte de la Contraloría General de la República para funcionarios públicos.

Artículo 51.—**Del beneficio de traslado y hospedaje para el acompañante.** Exclusivamente cuando por razón de orden médico el paciente requiera ser acompañado por otra persona, los beneficios de traslado y ayuda para hospedaje, que correspondan al asegurado serán extensivos al acompañante, independientemente de que sea o no asegurado.

En el expediente de salud deberá quedar constancia escrita de la indicación médica que justifica el pago del traslado para el acompañante.

Artículo 52.—**De la ayuda para gastos de funeral y entierro.** De conformidad con lo estipulado en el inciso d), del artículo 27 de este Reglamento, la Caja concederá una ayuda para gastos de funeral a los parientes o personas que demuestren haber efectuado tales gastos, cuando se trate del fallecimiento del asegurado directo o de su cónyuge, compañero o compañera.

El derecho al monto de la ayuda se otorgará por el fallecimiento del pensionado directo con la condición de tal y del asegurado directo cuando haya cotizado 3 (tres) meses dentro de los 6 anteriores al fallecimiento. Si se tratare de asegurados por el Estado, se requiere tal condición al momento del deceso y que la haya adquirido como mínimo tres meses antes del fallecimiento.

En el caso de la muerte del (a) cónyuge o compañera (o), viudo o viuda, la ayuda será el equivalente a 2/3 del monto fijado para el fallecimiento del asegurado directo.

No procede el pago simultáneo del beneficio, con la muerte de un asegurado en su doble condición de asegurado directo y de cónyuge o compañero o compañera. Cuando se dé esta doble posibilidad, se otorgará el monto mayor que corresponda.

El monto de la ayuda mutual será fijado anualmente por la Junta Directiva, de acuerdo con las recomendaciones de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Artículo 55.—**De las prestaciones sociales.**

(...)

- e) Pago al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de las cuotas derivadas del subsidio por concepto de licencia por maternidad.

Artículo 60.—**De la conservación de los derechos.** La conservación de derechos en este Seguro, se rige por las siguientes reglas:

- a. Incluye todos los derechos previstos en este reglamento para los asegurados activos, excepto el pago de subsidios y ayudas económicas por enfermedad y licencias por maternidad, durante los seis meses posteriores a aquel en que dejó de ser activo, siempre y cuando haya cotizado, por lo menos durante tres meses en los cuatro anteriores al mes en que dejó de cotizar, y así conste en las planillas mensuales previamente presentadas a la Caja.
- b. También conservarán los derechos aquí señalados, por igual periodo, los familiares del asegurado voluntario que fallece.

Artículo 62.—**De las contribuciones.** Las contribuciones al Seguro de Salud, serán las siguientes:

1. Sector asalariado.

- a. Trabajadores: 5.50% de sus salarios.
- b. Patronos: 9.25% de los salarios de sus trabajadores.
- c. Estado como tal: 0,25% de los salarios de todos los trabajadores del país.

La deducción debe practicarse tanto sobre el monto ordinario del salario como sobre las retribuciones extraordinarias o especiales incluidos el salario en especie.

2. Sector pensionados.

Pensionados: 5.00% del monto de sus pensiones.

Fondo que paga la pensión: 8.75% del monto de la pensión que paga.

Estado como tal 0.25% del monto de las pensiones de todos los pensionados cubiertos por este Seguro.

3. **Asegurados voluntarios.** La contribución que corresponde al asegurado voluntario estará determinada por los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución establecido en la escala contributiva que apruebe la Junta Directiva por recomendación de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumido por el Estado como cuota complementaria.

Asimismo y en forma adicional, el Estado deberá aportar el 0.25% sobre la masa cotizante de este grupo.

4. **Asegurados por el Estado en condición de pobreza.** La contribución para financiar el aseguramiento de la población en condición de pobreza, se determinará de conformidad con los cálculos realizados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social.

5. **Trabajadores independientes.** La contribución que corresponde al trabajador independiente estará determinada por la escala contributiva aprobada por la Junta Directiva con base en la recomendación técnica de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumido por el Estado como cuota complementaria.

Asimismo y en forma adicional el Estado deberá aportar el 0.25% sobre la masa cotizante de los trabajadores independientes.

Artículo 63.—**De la cotización mínima.** El monto del salario o ingreso que se anota en la planilla no podrá ser inferior al ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva de los Trabajadores Independientes afiliados individualmente.

Conforme se establezcan modificaciones en dicha escala, se realizarán los aumentos en las cotizaciones, previa comunicación a los patronos y a los trabajadores, por los medios de comunicación más convenientes.

Las excepciones al pago de la cuota mínima son las siguientes:

- a. Cesantías o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en periodos intermedios del mes.
- b. Reportes de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarcan más de quince días.
- c. Trabajo simultáneo con varios patronos o con patrono y seguro independiente percibiendo salarios e ingresos inferiores con todos o algunos de ellos.

En el caso del trabajo doméstico, si los salarios mínimos que se dicten por decreto ejecutivo, son inferiores al ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva del seguro voluntario, la cotización se establecerá dentro de este último.

Artículo 64.—**De las exclusiones y devoluciones de cuotas.** Si por error se hubiere admitido algún empadronamiento o inclusión impropia de trabajadores asalariados o independientes en planillas, dentro de los correspondientes plazos prescriptivos, la Caja excluirá de oficio por petición de parte, y procederá a la devolución de las cuotas respectivas, previa compensación de todos los servicios que le hubiere prestado al asegurado activo o a sus familiares.

Artículo 65.—**De la gestión y trámite de las devoluciones.** En caso de que la devolución sea gestionada por la parte interesada, en un plazo que no exceda los tres años, la Caja resolverá el reclamo previo estudio de inspección y cumplimiento de los requisitos establecidos.

La gestión de exclusión por sí misma, no libera al patrono o al trabajador independiente de su obligación de seguir cotizando mientras ella se tramita.

Artículo 66.—**De las obligaciones de los patronos y los trabajadores independientes.**

1. Son obligaciones de los patronos:

- a. Inscribirse como tales ante la Caja en los primeros ocho días hábiles posteriores al inicio de la actividad o la adquisición de la empresa o negocio, aportando la siguiente información mínima:
 - a.1.) Nombre y calidades: brindar nombre del negocio, y la actividad a que se dedica; señalar la dirección y los números de teléfono, apartado y facsímil, si los hubiere.
 - a.2.) Si se trata de personas jurídicas, además de los datos que le sean aplicables según el inciso anterior, deben aportarse fotocopias de la escritura de constitución y de la cédula jurídica.
 - a.3.) Variaciones que se produzcan referentes a cambios en el nombre, representación legal, actividad o domicilio.
- b. Comunicar la venta o el arrendamiento del negocio, e indicar en las planillas la suspensión temporal o definitiva de los contratos de trabajo o la terminación de la actividad.
- c. Otorgar permiso a sus trabajadores, para que puedan recibir las prestaciones a que se refiere este Reglamento.
- d. Acreditar la condición de aseguramiento de los nuevos trabajadores conforme el procedimiento que la Caja indique.

- e. Presentar dentro de los plazos programados y en la forma que disponga la administración (disquete, cintas, facsímil, etc.), la lista de sus trabajadores correspondiente al mes inmediato anterior con los datos requeridos.
- f. Deducir de los salarios la cuota de los trabajadores, todo de conformidad con el artículo 30° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y el artículo 95° del Código de Trabajo.
- g. Pagar en los plazos establecidos y en la forma que disponga la administración (transferencia de fondos, tarjeta de crédito, teleproceso, etc.), tanto las cuotas patronales como las de sus trabajadores.
Pasada la fecha máxima de pago, el patrono deberá cancelar los intereses y recargos que señala este Reglamento.

2. Son obligaciones de los trabajadores independientes:

- a. Inscribirse como tales ante la Caja en los ocho días hábiles posteriores al inicio de la actividad o adquisición de la empresa o negocio. Para tal efecto deberá aportar, como mínimo, la siguiente información:
Nombre y calidades: presentar el respectivo documento de identificación, brindar nombre del negocio y la actividad a que se dedica; señalar la dirección, números de teléfono, apartado y facsímil, dirección de correo electrónico, si los hubiere.
- b. Suministrar a la administración la información que permita establecer los ingresos, sobre los que se debe calcular la cuota respectiva.
- c. Reportar las variaciones que se produzcan referentes a cambios en el nombre, actividad o domicilio.
- d. Reportar la variación de sus ingresos en la forma que disponga la administración.
- e. Pagar en los plazos establecidos y en la forma que disponga la administración, las cuotas respectivas. Pasada la fecha máxima de pago el trabajador independiente deberá cancelar los recargos por morosidad, que corresponden a los intereses legalmente establecidos (tasa básica pasiva del Banco Central).

El incumplimiento en el pago conlleva el trámite de cobro administrativo y de cobro judicial, según corresponda, conforme los procedimientos establecidos por la Institución.

Para recibir la prestación de servicios de salud, el asegurado debe presentar su documento de identificación, carné del Seguro Social y comprobante de pago con vigencia por el mes en que demanda los servicios.

El trabajador independiente responderá íntegramente por el pago de las prestaciones otorgadas, cuando haya incumplido con la obligación de asegurarse oportunamente o cuando se encuentre en condición de moroso.

Cualquier dato falso que se brinde o consigne, u omisión en que se incurra, por parte de los patronos y trabajadores independientes, en el acto de su inscripción ante la Caja o al suministrar los reportes correspondientes, que induzcan a la Caja a otorgar prestaciones a las que no se tenga derecho de conformidad con las prescripciones de este Reglamento, aparte de la obligación de pagar esas prestaciones, los hará acreedores, en lo que corresponda, de las sanciones establecidas en la Sección VI de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y dependiendo de la gravedad de la falta a la presentación de la denuncia penal.

Artículo 68.—Del cumplimiento de los salarios mínimos. Cuando los salarios o ingresos consignados a los trabajadores asalariados o independientes en planillas sean inferiores a los que señale el decreto de salarios mínimos vigente, la aceptación de las planillas por parte de la Caja no libera al patrono o trabajador independiente de su obligación de ajustar las cuotas correspondientes al monto de los salarios o ingresos reales devengados.

Es entendido que, en todo caso, la cotización mínima por pagar será la que señale el artículo 63 de este Reglamento.

Artículo 70.—Del pago de intereses y recargos. Los patronos y los trabajadores independientes que no paguen las cuotas dentro de los plazos que establece la Institución estarán obligados al pago de intereses moratorios conforme a la tasa básica pasiva del Banco Central, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley Constitutiva de la Caja.

Adicionalmente, aplican recargos según los siguientes incumplimientos:

- a. Por presentación tardía de las planillas: 2% del monto total de las cuotas obrero-patronales.
- b. Por omisión o falsedad de los datos identificativos de los trabajadores: un 2% del salario en cada caso que se omita esa información.
- c. En el caso de los trabajadores independientes que se atrasen en el pago de las cotizaciones mensuales, se aplicarán los intereses moratorios de ley (tasa básica pasiva del Banco Central).

Los recargos indicados en los incisos anteriores se efectuarán sin perjuicio de la aplicación de las sanciones establecidas en los artículos 44 y siguientes de la Ley Constitutiva de la Caja.

Artículo 71.—De la facturación de oficio de las planillas. Si el patrono o el trabajador independiente no cumplen con la presentación oportuna de sus planillas o reporte de ingresos, la Caja, procederá a su levantamiento de oficio, sin perjuicio de las sanciones que determina la Ley Constitutiva.

Cuando las planillas fueren facturadas de oficio por no presentación oportuna de la información a la Caja, se presumirán ciertos los datos que correspondan a la última planilla presentada, salvo prueba en contrario. Cuando se presuma que la no presentación de la planilla es maliciosa o fraudulenta, la Caja queda facultada para realizar cualquier investigación tendiente a determinar la realidad de las relaciones obrero-patronales y de los salarios pagados.

Previo análisis de las áreas competentes, podrá exonerarse del trámite de presentación de la planilla, al patrono que además de estar al día en el pago de sus cuotas, no tiene cambios que reportar (ingreso o salida de trabajadores, variación de salarios, permisos y licencias e incapacidades, entre otros).

Artículo 74.—De los requisitos formales para recibir servicios de salud. Para demandar los servicios de salud, los asegurados deberán acreditar su condición con los siguientes documentos: a) cédula de identidad o documento de similar rango en el caso de los extranjeros; b) tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal, y c) carné de asegurado.

Cuando la necesidad de atención médica sea urgente, ésta se brindará de forma inmediata pero oportunamente deberá procederse a las verificaciones respectivas y al cobro cuando corresponda.

Cuando un usuario utilice documentos de asegurado que no le pertenezcan con el fin de recibir atención médica, el Director del centro asistencial respectivo estará en la obligación de denunciar los hechos ante el Ministerio Público o los tribunales represivos correspondientes. El no cumplimiento oportuno de esta obligación, sin justa causa, se calificará como falta grave para los efectos laborales y administrativos.

Si el asegurado se presenta sin los documentos que lo acrediten como tal, será atendido si se trata de urgencia o de emergencia, pero si no acredita su condición dentro de los cinco días posteriores a la fecha en que concluyó la atención médica, el servicio le será cobrado por las vías que fueren pertinentes.

Los servicios que se otorguen a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza a quienes no les puede ser otorgado el Seguro por el Estado, deberán facturarse para efectos del cobro a la instancia de Gobierno que corresponda.

Artículo 79.—De la suscripción de convenios. La Caja podrá suscribir convenios con instituciones de seguridad social o de atención de la salud de otros países, para la atención médica recíproca de los afiliados de uno u otro organismo, que transitoriamente se desplacen a otro país. De igual forma, podrá establecer convenios con otras entidades para la prestación o adquisición de bienes y servicios que coadyuven a la gestión institucional. Adicionalmente, queda facultada para suscribir convenios de aseguramiento y pago colectivo de cotizaciones, sea con organizaciones o grupos de trabajadores que laboren en forma independiente o bien se trate de asegurados voluntarios.

Transitorio único.—Las Gerencias de División dictarán, en un término de seis meses, los instructivos necesarios para la correcta ejecución de este Reglamento.

Para estos efectos las Gerencias de División deberán informar a la Junta Directiva, con un plazo no menor de quince días de anticipación, la fecha que entrarán en vigencia esas disposiciones procedimentales”.

San José, 13 de junio del 2006.—Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria Junta Directiva.—1 vez.—C-217380.—(54944).

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN

REGLAMENTO DE PRÉSTAMO DE MATERIALES BIBLIOGRÁFICOS Y AUDIOVISUALES

CAPÍTULO I

Naturaleza y definiciones

Artículo 1°—Este reglamento consiste en disposiciones reguladoras, cuyo propósito es contribuir al mayor aprovechamiento y uso adecuado de los recursos documentales y audiovisuales con que cuenta o a los cuales tiene acceso el Instituto y están en custodia por parte de la Unidad de Documentación del Área Especializada de Información del Instituto Nacional de las Mujeres. Es responsabilidad de cada funcionario/a y usuario/a contribuir al cumplimiento de estas.

Artículo 2°—Para los efectos del presente Reglamento se entiende por:

Unidad de documentación:

Unidad de información y documentación especialmente acondicionada para el estudio y la investigación, que a través de adecuados servicios y métodos de disseminación de la información, contribuye a la realización de los fines propuestos por la Institución.

Usuario/a:

Se dice de toda persona, biblioteca o centro de documentación que hace uso de alguno de los servicios brindados por la Unidad de Documentación.

Funcionario/a:

1. Toda persona física que preste al Instituto sus servicios en virtud de nombramiento efectuado mediante los requisitos exigidos por el Reglamento Autónomo de Organización y Servicios.
2. Empleado/a que pertenezca a otra Institución pero que se encuentre destacada en el Instituto en calidad de préstamo mediante el convenio respectivo.