



# Instructivo para el llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

## Estimados Profesionales y Empresas

El instructivo para el llenado de la Solicitud de la Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa es una guía práctica que le conducirá paso por paso a realizar el debido llenado de su solicitud temporal o permanente. Les recordamos que todas las casillas señaladas deben ser llenadas según corresponda, el llenado incompleto o incorrecto del formulario retrasa los tiempos de su inscripción y puede llevar al rechazo de su solicitud. El llenado de este formulario debe realizarse con grafía de letra imprenta, puede realizarse a mano, pero preferiblemente a computadora.

**Los documentos que no son legibles de forma clara y sin lugar a duda, serán devueltos.**

## Inicio

### Casilla 1. Área de Salud de Adscripción


Debe de anotarse el área de salud que le corresponde según la ubicación geográfica de la empresa solicitante independientemente de donde este ubicado el consultorio que se utilizará para brindar los servicios del Sistema de Medicina de Empresa

Si usted necesita conocer cuál es el área de salud que le corresponde deberá revisar el documento “Distribución de los Distritos según Área de Salud” ubicado en “Temas de Interés” en nuestra página WEB <https://www.ccss.sa.cr/medicina>.

	<b>SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN</b> <b>SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD DE MEDICINA DE EMPRESA</b>	
Área de Salud de adscripción:	Fecha de Entrega en el Área de Salud	
Area de Salud Alajuela Oeste		

### Casilla 2. Fecha de Entrega en el Área de Salud

Debe de anotarse únicamente la fecha de cuando la solicitud es entregada en el área de salud, este campo no corresponde a la fecha de llenado del documento. El formato establecido es: día/mes/año.

	<b>SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN</b> <b>SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD DE MEDICINA DE EMPRESA</b>	
Área de Salud de adscripción:	Fecha de Entrega en el Área de Salud	
	22/10/2025	



# Instructivo para el llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

## Identificación del Centro de Trabajo

### Casilla 3. Razón Social y Cédula Jurídica

La empresa que desea inscribirse en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa debe realizarlo con el nombre oficial (razón social) y la cédula jurídica correspondiente otorgada por el Registro Nacional. No debe anotarse el nombre comercial, ni únicamente siglas o el nombre por el cual es conocida la empresa. Igualmente, esta razón social debe estar inscrita y al día como patrono ante la CCSS.

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	
Razón Social: (Empresa inscrita en la CCSS)	DISPOSITIVOS ACME S.A.
Cédula Jurídica: (10 dígitos)	1 3 0 1 2 5 2 5 5 5
Cantidad de Trabajadores:	
Provincia:	Cantón:
Dirección del Centro de Trabajo:	Distrito:
Señas exactas:	

### Casilla 4. Cantidad de Trabajadores

La empresa debe indicar el número total de trabajadores que al momento de la inscripción se encuentran en la planilla.

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	
Razón Social: (Empresa inscrita en la CCSS)	
Cédula Jurídica: (10 dígitos)	
Cantidad de Trabajadores: 550	
Provincia:	Cantón:
Dirección del Centro de Trabajo:	Distrito:
Señas exactas:	

### Casilla 5. Dirección del Centro de trabajo

La dirección del centro de trabajo debe ser completada de la siguiente manera:

**Provincia, Cantón y Distrito:** Es la ubicación física del centro de trabajo según la distribución territorial oficial del Gobierno de Costa Rica. Si no está seguro de cuál es la ubicación puede consultarla en el permiso sanitario de funcionamiento de la empresa.

**Dirección exacta:** Puede utilizarse las coordenadas numéricas oficiales cuando la ciudad esta numerada por calles y avenidas o utilizar las direcciones por referencias o señas. Igualmente, el permiso sanitario de funcionamiento de la empresa indica esta dirección por lo que, podrán utilizarla. Se solicita ser lo más detallado posible a la hora de completar esta casilla.

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	
Razón Social: (Empresa inscrita en la CCSS)	
Cédula Jurídica: (10 dígitos)	
Cantidad de Trabajadores:	
Provincia:	Cantón:
Dirección del Centro de Trabajo:	Distrito:
Señas exactas:	
Medios de comunicación:	
(Únicamente la información del Centro de Trabajo)	
Teléfono/Celular:	Correo Electrónico:



## Instructivo para el Llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

### Casilla 6. Medios de Comunicación del Centro de trabajo

La información que debe ser anotada en este apartado corresponde exclusivamente a los medios de comunicación directos de la empresa solicitante que permitan una comunicación fluida y directa entre el Sistema de Medicina de Empresa y el centro de trabajo. No se debe incluir los medios de comunicación del profesional contratado o de la empresa subcontratada, ya que, están sujetos a la vinculación de estos con la empresa.

Les recordamos que el medio de comunicación oficial del Sistema de Medicina de Empresa es el correo electrónico. Toda la información del Sistema, los cambios en reglamentación, en procedimientos, en la oferta de servicios, etc., la aprobación de solicitudes y la resolución de conflictos se tramitan por esta vía.

**Teléfono/Celular:** El llenado de los espacios para los números telefónicos debe de seguir el siguiente formato: 0000 – 0000. En caso de no disponer más que de un número telefónico de contacto, se debe completar la casilla sobrante indicando que no aplica, utilizando las siglas “NA”.

**Correo Electrónico:** es de anotación obligatoria. No podrán inscribirse aquellas empresas que no dispongan de un correo electrónico de contacto.

Si llena el documento de forma digital favor de no dejar el correo vinculado, ya que esto, le cambia el color a azul y se confunde con la trama del formulario de inscripción. Cuando su correo posea un punto “.” a un guion bajo “\_” favor de revisar que este sea visible.

#### Correcto

Medios de comunicación: (Únicamente la información del Centro de Trabajo)	Teléfono/Celular		Correo Electrónico
	2255-5555	NA	tecnologia_caza@acme.com

#### Incorrecto

Medios de comunicación: (Únicamente la información del Centro de Trabajo)	Teléfono/Celular		Correo Electrónico
	22555555	XX	tecnologia_caza@acme.com

### Casilla 7. Nombre y Firma del representante Legal del Centro de trabajo

Esta casilla debe completarse utilizando la firma oficial reconocida por el Gobierno de Costa Rica, del representante legal de la empresa o de la persona que este delegue para esta función que posea la autorización legal. Se debe señalar el nombre de esta persona y agregar el sello de la empresa.

<b>Por medio de esta solicitud hago constar que:</b> 1. La incorporación de mi representada en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa es totalmente voluntaria. 2. He leído y comprendido las obligaciones reglamentarias que mi representada adquiere al momento de aprobarse la incorporación en el Sistema. 3. Reconozco la responsabilidad de mi representada en supervisar el cumplimiento reglamentario por parte del profesional y/o empresa subcontratada que estará utilizando el Sistema dentro de la atención en salud brindada. 4. La información aca señalada es veraz y conforme al proceso de consulta que se estará utilizando en la empresa.		
<div><div>Nombre</div><div>Firma</div><div>Nombre y Firma del Representante Legal del Centro de Trabajo</div></div>		



# Instructivo para el llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

## Identificación del Profesional Excluido

### Casilla 8. Código Profesional

Debe de anotarse la secuencia numeral del código profesional del profesional excluido otorgado por el colegio correspondiente al momento de colegiarse.

### Casilla 9. Número de Cédula

Debe de anotarse la secuencia numeral del documento de identidad oficial reconocido por el Gobierno de Costa Rica (Cédula) del profesional excluido, seguir el formato 0-0000-0000. En caso de extranjeros sin cédula, deberán colocar el número de identificación asignado por la CCSS.

### Casilla 10. Nombre y Apellidos

Debe de anotarse el nombre y apellidos del profesional excluido, según el documento de identidad oficial reconocido por el Gobierno de Costa Rica. Si usted no posee un segundo apellido, debe indicar en esta casilla que no aplica utilizando las siglas "NA".

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EXCLUIDO					
Código profesional	20002525	Cédula	1-0000-0000		
Nombre	José	Primer Apellido	Alvarado	Segundo Apellido	Guthrum

## Tipo de Sustitución

### Casilla 11. Tipo de Sustitución

**Permanente:** Esta casilla debe marcarse cuando el profesional que actualmente se encuentra activo en el Sistema de Medicina de Empresa va a ser sustituido de forma permanente. El solicitante debe marcar con una "X" la casilla de Sustitución Permanente.

Sustitución Permanente	Sustitución Temporal								
Marque X ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Periodo de Vigencia	Del :				Al :			
			Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Motivo de la Sustitución	Vacaciones ( ) Incapacidad ( ) Permiso ( ) Cambio Proveedor ( ) Renuncia ( )								
	Otro ( ) Especifique: _____								

**Temporal:** Esta casilla debe marcarse cuando el profesional que actualmente se encuentra activo en el Sistema de Medicina de Empresa va a ser sustituido de forma temporal. En este caso el solicitante debe indicar el período de vigencia de la sustitución temporal.

Sustitución Permanente	Sustitución Temporal								
Marque X ( <input type="checkbox"/> )	Periodo de Vigencia	Del :	20	10	2025	Al :	10	11	2025
			Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Motivo de la Sustitución	Vacaciones ( ) Incapacidad ( ) Permiso ( ) Cambio Proveedor ( ) Renuncia ( )								
	Otro ( ) Especifique: _____								



## Instructivo para el Llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

### Casilla 12. Motivo de la Sustitución

Debe de anotarse el motivo que lleva a solicitar la sustitución del profesional activo de la empresa solicitante. El motivo debe indicarse en ambos casos de sustitución. Marcar con una “X” la casilla predeterminada que corresponde. Si el motivo no se encuentra dentro de las causas predeterminadas, debe de marcarse la casilla “Otro” y especificar la causa.

Sustitución Permanente	Sustitución Temporal								
Marque X ( )	Periodo de Vigencia	Del :	20	10	2025	Al :	10	11	2025
			Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Motivo de la Sustitución	Vacaciones (X) Incapacidad ( ) Permiso ( ) Cambio Proveedor ( ) Renuncia ( )								
Otro ( ) Especifique:									

Sustitución Permanente	Sustitución Temporal								
Marque X (X)	Periodo de Vigencia	Del :				Al :			
			Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Motivo de la Sustitución	Vacaciones ( ) Incapacidad ( ) Permiso ( ) Cambio Proveedor (X) Renuncia ( )								
Otro ( ) Especifique:									

## Identificación del Profesional Sustituto

### Casilla 13. Código Profesional

Debe de anotarse la secuencia numeral del código profesional del solicitante otorgado por el colegio correspondiente al momento de colegiarse.

### Casilla 14. Número de Cédula

Debe de anotarse la secuencia numeral del documento de identidad oficial reconocido por el Gobierno de Costa Rica (Cédula), seguir el formato 0-0000-0000. En caso de extranjeros sin cédula, deberán colocar el número de identificación asignado por la CCSS.

### Casilla 15. Nombre y Apellidos

Debe de anotarse el nombre y apellidos, según el documento de identidad oficial reconocido por el Gobierno de Costa Rica. Si usted no posee un segundo apellido, debe indicar en esta casilla que no aplica utilizando las siglas “NA”.

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL SUSTITUTO			
Código profesional	100009	Cédula	1-0000-0000
Nombre	Jose	Primer Apellido	Pérez
General ( ) Especialista ( ) en 1)		Segundo Apellido	NA
Medios de comunicación:		Teléfono/Celular:	
(Únicamente la información personal del profesional)		Correo Electrónico	

### Casilla 16. General o Especialista

El solicitante debe anotar si está acreditado como profesional general o si ostenta una especialidad dentro de su profesión. Solo se inscribirán especialidades reconocidas por el colegio profesional correspondiente y la CCSS. Si el profesional no certifica su especialidad será inscrito como profesional general.



## Instructivo para el Llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

Si el solicitante es un profesional general deberá marcar con una X la casilla “General (X)”. Si el solicitante es un profesional especialista deberá marcar con una X la casilla “Especialista (X) en”. Además, dispondrán de 3 casillas para colocar el nombre de su o sus especialidades.

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL SUSTITUTO			
Código profesional	Cédula		
Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
General ( ) Especialista (X) en 1) <b>Ectoplasmología</b>	2)	3)	
Medios de comunicación: (Únicamente la información personal del profesional)	Teléfono/Celular:		Correo Electrónico

### Casilla 17. Medios de Comunicación del Profesional Sustituto

La información que debe ser anotada en este apartado corresponde exclusivamente a los medios de comunicación personales del profesional solicitante que permitan una comunicación fluida y directa entre el Sistema de Medicina de Empresa y el profesional. No se debe incluir los medios de comunicación del profesional vinculados con la empresa contratante o la empresa subcontratada o los medios de comunicación de estas.

Les recordamos que el medio de comunicación oficial del Sistema de Medicina de Empresa es el correo electrónico. Toda la información del Sistema, los cambios en reglamentación, en procedimientos, en la oferta de servicios, etc., la aprobación de solicitudes y la resolución de conflictos se tramitan por esta vía.

**Teléfono/Celular:** El llenado de los espacios para los números telefónicos debe de seguir el siguiente formato: 0000 – 0000. En caso de no disponer más que de un número telefónico de contacto, se debe completar la casilla sobrante indicando que no aplica, utilizando las siglas “NA”.

**Correo Electrónico:** es de anotación obligatoria. No podrán inscribirse aquellos profesionales que no dispongan de un correo electrónico de contacto.

Si llena el documento de forma digital favor de no dejar el correo vinculado, ya que esto, le cambia el color a azul y se confunde con la trama del formulario de inscripción. Cuando su correo posea un punto “.” a un guion bajo “\_” favor de revisar que este sea visible.

#### Correcto

Medios de comunicación: (Únicamente la información personal del profesional)	Teléfono/Celular:		Correo Electrónico
	<b>2255-555</b>	<b>NA</b>	<b>tecnologia_caza@acme.com</b>

#### Incorrecto

Medios de comunicación: (Únicamente la información personal del profesional)	Teléfono/Celular:		Correo Electrónico
	<b>2255555</b>	<b>XX</b>	<b>tecnologia_caza@acme.com</b>



## Instructivo para el llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

### Casilla 18. Ubicación del Consultorio para el Profesional Sustituto

La ubicación del consultorio debe ser anotada según corresponda para el profesional que se inscriben. El consultorio puede estar dentro de las instalaciones de la misma empresa o fuera de esta, incluso en las instalaciones de otra empresa inscrita. Varias empresas pueden compartir el consultorio y el profesional que las atiende.

Si el consultorio se encuentra dentro de las mismas instalaciones marcar Si (X), caso contrario se deberá marcar No ( ) y completar la siguiente información:

**Distancia:** Debe indicarse la distancia en kilómetros que separa la empresa del consultorio.

**Dirección exacta:** Solo debe llenarse si el consultorio se encuentra fuera de las instalaciones de la empresa. Puede utilizarse las coordenadas numéricas oficiales cuando la ciudad esta numerada por calles y avenidas o utilizar las direcciones por referencias o señas. Igualmente, el permiso sanitario de funcionamiento indica esta dirección por la que podrán utilizarla. Se solicita ser lo más detallado posible a la hora de completar esta casilla.

El consultorio estará ubicado dentro de las mismas instalaciones del Centro de Trabajo:	Si ( )	No (X) —Distancia (km): 35	<b>PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO</b> (Del Consultorio de Atención en Salud)	
→ Dirección: <b>Del Centro Cultural Americano-Costarricense 100 mts Norte, y 300 Oeste, Frente a la Mönpiik.</b>			Nº de Resolución	
			Fecha Vencimiento	Día _____ Mes _____ Año _____
El centro de trabajo contratará los servicios de salud al profesional sustituto bajo la modalidad de:	Trabajador en Planilla ( )		Servicios Profesionales ( )	Contrato por terceros ( )
Nº de pacientes/hora (Estimado de pacientes que se atenderán):				

### Permiso Sanitario de Funcionamiento

El consultorio utilizado por la empresa ya sea, que este sea propio o contratado, deberá estar acreditado por el Ministerio de Salud. Esta acreditación es revisada a la hora de la inscripción y periódicamente. La acreditación tiene vencimiento y las empresas deben realizar la actualización de este documento ante el Sistema de Medicina de Empresa, cada vez, antes que el período de vigencia finalice.

La acreditación recae específicamente sobre un consultorio en particular y la actividad que en este se desarrolla. Al presentar el documento de acreditación, se debe de verificar que esta acreditación sea para la actividad específica de atención en salud que se desempeña de la mano con el Sistema de Medicina de Empresa.

La Clasificación CIU de los Servicios de Salud para consulta está en la página del Ministerio de Salud, <https://www.ministeriodesalud.go.cr> dentro del apartado “Trámite para la habilitación de servicios de salud y afines.” Generalmente las acreditaciones se realizan bajo los CIU 8620, 01 para medicina. En caso de duda podrá consultar al Programa previo al envío de la solicitud.

Cuando existan dudas razonables sobre la acreditación, esta se consultará directamente al Ministerio de Salud, esto implica un retraso en el proceso de inscripción, por lo que es prudente realizar las consultas de previo.





## Instructivo para el llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

Clasificación CIU de los Servicios de Salud y Servicios Afines		
Código	Descripción	Riesgo
8620.1.01	Servicios de consulta ambulatoria en medicina general o especializada	B

### Casilla 19. Permiso Sanitario de Funcionamiento

Los apartados de esta casilla deben completarse para cada uno de los profesionales que se inscriben de la siguiente manera:

El consultorio estará ubicado dentro de las mismas instalaciones del Centro de Trabajo:	Si ( )	No ( )	Distancia (km): _____	<b>PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO</b> (Del Consultorio de Atención en Salud)	
Dirección: _____				Nº de Resolución	<b>CN-ARS-PSF-0258-19</b>
				Fecha Vencimiento	Día <b>22</b> Mes <b>10</b> Año <b>2025</b>
El centro de trabajo contratará los servicios de salud al profesional sustituto bajo la modalidad de:	Trabajador en Planilla ( )	Servicios Profesionales ( )	Contrato por terceros ( )		
Nº de pacientes/hora (Estimado de pacientes que se atenderán):					

**Número de Resolución:** Es el número del documento administrativo generado por el Ministerio de Salud en donde se ha realizado la evaluación de la solicitud y se ha dado la determinación de aprobación del permiso. Solamente cuando el documento no estipule número de resolución se deberá colocar el número de certificado o expediente.

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE ÁREA RECTORA DE SALUD  
ÁREA RECTORA DE SALUD: CARMEN MERCED URUCA  
CERTIFICADO DE HABILITACIÓN N°:

Número Incorrecto → **MS-293-2019**  
Solo bajo caso excepcional

En cumplimiento a lo que establece la Ley General de Salud, así como demás normativa vigente y con base en la resolución N° MS-DRRSCS-DARSCMU-PSF-1184-2019, se extiende el presente certificado a:

Número Correcto

**Fecha de vencimiento:** Corresponde a la fecha en la cual el permiso sanitario debe ser renovado, generalmente posee una validez de 5 años. Se debe utilizar el formato: día/mes/año.

Tiene validez de: **05** años.

Vence el **17** de **JULIO** de **2024**.

Dado en la ciudad de **SAN JOSÉ** el **17** de **JULIO** de **2019**.

DRA. PAMELA RUIZ GUEVARA  
NOMBRE  
DIRECTOR  
DIRECCIÓN DE ÁREA RECTORA DE SALUD - CARMEN MERCED URUCA

FRMA

Sello





## Instructivo para el llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

### Casilla 20. Condición de Aseguramiento Profesional Sustituto

La afiliación del seguro de salud para los trabajadores corresponde a una de las siguientes opciones: (marcar con X la que corresponda)

**Trabajador Independiente:** Para aquel profesional que desarrolle una actividad económica generadora de ingresos por cuenta propia, por lo que no se encuentra vinculado a una empresa mediante un contrato de trabajo. El profesional le vende servicios directamente a la empresa solicitante. (Servicios Profesionales)

El centro de trabajo contratará los servicios de salud al profesional sustituto bajo la modalidad de:	Trabajador en Planilla ( )	Servicios Profesionales (X)	Contrato por terceros ( )
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------------

**Asegurado Directo Asalariado:** Asegurado que se encuentra cotizando al seguro de salud en su condición de asalariado, vinculado a la planilla de la empresa solicitante por un contrato de trabajo.

El centro de trabajo contratará los servicios de salud al profesional sustituto bajo la modalidad de:	Trabajador en Planilla (X)	Servicios Profesionales ( )	Contrato por terceros ( )
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------------

**Contrato por Terceros:** Esta casilla se llena cuando la empresa solicitante no contrata directamente al profesional de salud, si no, lo realiza a través de una personería jurídica o física que brinda los servicios de salud y le indica a la empresa solicitante cual profesional laborará en el contrato. Esta personalidad será conocida como empresa tercera o subcontratada.

El centro de trabajo contratará los servicios de salud al profesional sustituto bajo la modalidad de:	Trabajador en Planilla ( )	Servicios Profesionales ( )	Contrato por terceros (X)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------------

### Contrato por Terceros

Estas casillas solo deben ser llenadas si en la condición de aseguramiento del profesional se marca que la prestación de los servicios se realizará mediante un contrato por terceros.

La personería jurídica o física debe estar afiliada y al día como las obligaciones patronales correspondientes ante la CCSS.

**No está autorizado que un profesional indique que brindará los servicios a la empresa solicitante directamente como trabajador independiente o en planilla cuando en realidad es un contrato por terceros.**

**Razón Social y Cédula Jurídica:** La empresa subcontratada debe anotar el nombre oficial (razón social) y la cédula jurídica correspondiente otorgada por el Registro Nacional. No debe anotarse el nombre comercial, ni únicamente siglas o el nombre por el cual es conocida la empresa. Igualmente, esta razón social debe estar inscrita y al día como patrono ante la CCSS.



## Instructivo para el Llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

**Medios de Comunicación:** La información que debe ser anotada en este apartado corresponde exclusivamente a los medios de comunicación directos de la empresa subcontratada que permitan una comunicación fluida y directa entre el Sistema de Medicina de Empresa y esta.

Les recordamos que el medio de comunicación oficial del Sistema de Medicina de Empresa es el correo electrónico. Toda la información del Sistema, los cambios en reglamentación, en procedimientos, en la oferta de servicios, etc., la aprobación de solicitudes y la resolución de conflictos se tramitan por esta vía.

**Teléfono/Celular:** El llenado de los espacios para los números telefónicos debe de seguir el siguiente formato: 0000 – 0000. En caso de no disponer más que de un número telefónico de contacto, se debe completar la casilla sobrante indicando que no aplica, utilizando las siglas “NA”.

**Correo Electrónico:** es de anotación obligatoria. No podrán inscribirse aquellas empresas subcontratadas que no dispongan de un correo electrónico de contacto.

Si llena el documento de forma digital favor de no dejar el correo vinculado, ya que esto, le cambia el color a azul y se confunde con la trama del formulario de inscripción. Cuando su correo posea un punto “.” a un guion bajo “\_” favor de revisar que este sea visible.

En caso de que el contrato con el profesional se realice por medio de terceros indique:			
Razón Social: (Empresa subcontratada inscrita en la CCSS)	Vida y Salud S.A.		
Cédula Jurídica: (10 dígitos)	3 1 0 1 2 2 2 2 2 2		
Medios de comunicación: (Únicamente la información de la empresa subcontratada)	Teléfono/Celular:		Correo Electrónico
	2200-0000	8800-0000	Vida_salud@pv.co.cr
El profesional sustituto será contratado por la empresa subcontratada bajo la modalidad de:	Trabajador en Planilla ( )		Servicios Profesionales ( )

**Condición de Aseguramiento:** En esta casilla debe marcarse la modalidad de aseguramiento mediante el cual la empresa subcontratada, contratará al profesional para brindar los servicios de salud. La afiliación del seguro de salud para los trabajadores corresponde a una de las siguientes opciones: (marcar con X la que corresponda)

**Trabajador Independiente:** Para aquel profesional que desarrolle una actividad económica generadora de ingresos por cuenta propia, por lo que no se encuentra vinculado a una empresa mediante un contrato de trabajo. (Servicios Profesionales)

**Asegurado Directo Asalariado:** Asegurado que se encuentra cotizando al seguro de salud en su condición de asalariado, vinculado a una empresa por un contrato de trabajo.

En caso de que el contrato con el profesional se realice por medio de terceros indique:			
Razón Social: (Empresa subcontratada inscrita en la CCSS)	Vida y Salud S.A.		
Cédula Jurídica: (10 dígitos)	3 1 0 1 2 2 2 2 2 2		
Medios de comunicación: (Únicamente la información de la empresa subcontratada)	Teléfono/Celular:		Correo Electrónico
El profesional sustituto será contratado por la empresa subcontratada bajo la modalidad de:	Trabajador en Planilla (X)		Servicios Profesionales ( )



## Instructivo para el Llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

### Casilla 21. Pacientes Hora

Se debe colocar el promedio estimado de pacientes que el profesional atiende por hora en su consulta. En caso de no haber iniciado su actividad económica deberá colocar el número máximo de pacientes por hora que está dispuesto a atender una vez iniciada la actividad.

N° de pacientes/hora (Estimado de pacientes que se atenderán):	4	
----------------------------------------------------------------	---	--

### Casilla 22. Horario de Atención del Profesional

Esta casilla debe completarse utilizando el formato horario de 24 horas. Debe indicarse dentro de los días de la semana el inicio y final del horario de atención que el profesional utiliza o utilizará para la atención de sus pacientes.

Si el profesional posee un consultorio inscrito, debe revisar que los horarios de atención solicitados en esta nueva inscripción no se superpongan a los horarios ya inscritos, situación no autorizada por reglamento.

Si usted posee una condición especial de rotación en sus horarios de atención puede mencionarla en la casilla de observaciones, igualmente si necesita actualizar el horario del consultorio ya inscrito puede realizarlo de una vez en esta casilla.

HORARIO DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL: (Indicar el horario en formato de 24 horas)				
Día:	de:	a:	de:	a:
Lunes				
Martes	07:00	14:00		
Miércoles	14:00	22:00		
Jueves	14:00	22:00		
Viernes	07:00	14:00		
Sábado				
Domingo				

### Casilla 23. Firma del Profesional

Esta casilla debe completarse utilizando la firma oficial del profesional por tratarse de un documento con carácter legal. En nuestro caso se utiliza la firma impresa en el documento de identificación oficial reconocido por el Gobierno de Costa Rica, cédula o equivalentes.

### Casilla 24. Observaciones

En esta casilla se colocarán las aclaraciones con respecto a la información suministrada o cualquier otra información relevante para la toma de decisiones por parte de la unidad que realiza la aprobación de esta solicitud.



## Instructivo para el llenado de la Solicitud de Sustitución en el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

Observaciones:

Horarios alternos entre las empresas a las que le brindo atención

Firma del Profesional Sustituto

### Uso Exclusivo del Area de Salud

Estas casillas son para uso exclusivo del área de salud, debe de dejarlas en blanco.

USO EXCLUSIVO DEL AREA DE SALUD							
Verificar la entrega de los siguientes documentos:							
Profesional Sustituto	Copia Certificación Colegio Profesional:	SI [ ] NO [ ]	Copia Habilitación del Consultorio	SI [ ] NO [ ]	Copia de la Cédula:	SI [ ] NO [ ]	
Correo Electrónico del Funcionario Responsable del Proceso de Inscripción							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Nombre _____</div><div>Firma _____</div></div> <p style="text-align: center;">Nombre y Firma del Director del Área de Salud</p>						Sello del Área de Salud	

FIN

El Programa de Sistemas Alternativos pone a su disposición para consultas la dirección de correo electrónico [psistalt@ccss.sa.cr](mailto:psistalt@ccss.sa.cr) y los teléfonos 2539-0594, 2539-1253 o 25391257.