

Caja de Seguro Social



Apartado 08-16-0680B PANAMÁ 5, PANAMÁ  
www.css.gob.pa  
Central tel.: (507) 513-0276

**"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"**

Firma: Melba Chaves  
Nombre: Melba Chaves  
Cargo: Jefa de Seguro III  
Fecha de Certificación: 12-10-18  
U.E.: Seguro Social

10 de octubre de 2018

**RESOLUCION N° 52,872-2018-J.D.****LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**

En uso de sus facultades legales, reglamentarias y;

**CONSIDERANDO:**

Que conforme a lo previsto en los artículos 1 numeral 22, 6 y 28 numeral 2 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005, Orgánica de la Caja de Seguro Social, la Junta Directiva tiene la facultad de dictar y reformar los reglamentos de la Institución, mediante resolución;

Que la Dirección General, en cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 41 de la Ley 51 de 2005, ha sometido a la consideración de la Junta Directiva la modificación del Reglamento de Prestaciones Médicas y la derogatoria del Reglamento sobre Prestaciones Médicas dispensadas en instituciones en el exterior cuando no se brinden en Panamá, los artículos 10, 12, 13, 14 y 15 del Acuerdo No.1 de 29 de mayo de 1995, por el cual se expide el Reglamento General de Prestaciones del Seguro de Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones, y el Reglamento para la Homologación de la Atención Alterna y Opcional de Atención Médica Privada Dispensada a los Asegurados de la Caja de Seguro Social;

Que luego de la promulgación de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005, se inició la revisión del Reglamento de Prestaciones Médicas que data de 1962, así como de la prestación del servicio sanitario en general, que se encuentra disperso en una pluralidad de cuerpos normativos, a fin de actualizarlos, fusionarlos y adaptarlos a la reciente legislación, en virtud que la amplitud de los servicios asistenciales que se prestan a la población beneficiaria, son fijados reglamentariamente;

Que según la información oficial, el Reglamento de Prestaciones Médicas fue aprobado por la Junta Directiva en sesión del 27 de diciembre de 1962 y ha sido objeto de múltiples modificaciones, siendo la última de ellas, mediante la Resolución No.49,383-2015-J.D. de 21 de julio de 2015;

Que adicionalmente fueron revisados, actualizados y fusionados los reglamentos relacionados a las prestaciones en salud dispensadas fuera del país, pero con cargo a la Institución, los artículos 10, 12, 13, 14 y 15 del Acuerdo No.1 de Riesgos Profesionales, denominado "Prestaciones Médicas, Prótesis y Ortopedia", y finalmente, el reglamento que regula la Homologación de la Atención Alterna y Opcional de Atención Médica Privada Dispensada a los Asegurados de la Caja de Seguro Social, en virtud que la reglamentación propuesta dispone que los servicios y prestaciones en salud que provee la Institución, sean éstos de índole ocupacional o no, se regulen bajo un mismo cuerpo normativo;

Que el Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social, sometido a consideración, contiene la atención de salud integral, los niveles de atención y grados de complejidad de los servicios de salud, las prestaciones en salud a enfermedades profesionales o no, la cartera de servicios, las prestaciones que se dispensen dentro del país pero fuera de la red de servicios de la Institución, las prestaciones que se dispensen fuera del país, las certificaciones de salud y el reembolso de gastos médicos del Riesgo de Enfermedad y Maternidad;

Que sometido el anteproyecto del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social, ésta ha recomendado su adopción;

Que en mérito a lo expuesto;

*P*  
Prevención y atención oportuna es salud



Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social  
-2-

**"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"**

Firma: [Firma]  
Nombre: Melba Chacón  
Cargo: Jefa de Sección III  
Fecha de Certificación: 12-10-18  
U.E.: Secretaría General

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO: DEROGAR** el Reglamento de Prestaciones Médicas aprobado por la Junta Directiva en Sesión del 27 de diciembre de 1962 y todas sus modificaciones; el Reglamento sobre Prestaciones Médicas dispensadas en instituciones en el exterior cuando no se brinden en Panamá, aprobado mediante Resolución No. 18,153-99 J.D. de 28 de octubre de 1999 y todas sus modificaciones; los artículos 10, 12, 13, 14 y 15 del Acuerdo No.1 de 29 de mayo de 1995, por el cual se expidió el Reglamento General de Prestaciones del Seguro de Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones; y el Reglamento para la Homologación de la Atención Alterna y Opcional de Atención Médica Privada Dispensada a los Asegurados de la Caja de Seguro Social, aprobado mediante Resolución No.9931-94-J.D. de 17 de marzo de 1994.

**ARTÍCULO SEGUNDO: APROBAR** el Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social, cuyo contenido es el siguiente:

**REGLAMENTO DE PRESTACIONES Y SERVICIOS EN SALUD DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**

**CAPÍTULO I  
Generalidades**

**Artículo 1:** El presente reglamento desarrolla el Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, la amplitud de los servicios asistenciales, las prestaciones en salud para los riesgos de Enfermedad y Maternidad y Riesgos Profesionales; las normas a que se sujetarán y las limitaciones de su otorgamiento.

**Artículo 2: Glosario:**

1. Atención ambulatoria: es todo encuentro personal, como acto de servicio en aspectos relacionados con la salud, entre el beneficiario y un trabajador de la salud responsable por la evaluación, diagnóstico, tratamiento o referencia.
2. Atención de urgencias: es parte del servicio de atención ambulatoria, incluye emergencias y urgencias y está destinada a brindar al paciente un tratamiento oportuno en aquellos casos en que exista un daño a la salud de aparición súbita, enfermedades agudas o crónicas descompensadas, accidentes de trabajo o de trayecto, que comprometan la estructura y función de los órganos y/o ponga en peligro la vida.
3. Atención domiciliaria: es la atención ambulatoria, que se brinda en el lugar donde reside el beneficiario, cuando se encuentre imposibilitado físicamente para acudir a los servicios de consulta externa, en atención a las normas establecidas por la Institución.
4. Atención farmacéutica: es el conjunto de acciones que comprenden dispensación, captación de reacciones adversas, medidas de prevención a problemas relacionados con medicamentos, seguimiento fármaco-terapéutico, orientación y promoción del uso racional de los medicamentos.
5. Atención hospitalaria: es el conjunto de acciones que se brindan, cuando por la naturaleza del padecimiento y a criterio médico, según lo establecido en los protocolos de atención, se hace necesario el internamiento del beneficiario.
6. Atención odontológica: es el conjunto de acciones dirigidas a la conservación del complejo buco-maxilo-facial, a través de la atención integral.
7. Atención quirúrgica: es el conjunto de acciones que se brindan al beneficiario en forma hospitalaria o ambulatoria, tendiente a prevenir, curar o a limitar el daño en la salud de un paciente, mediante la aplicación de los conocimientos médicos y de las técnicas quirúrgicas aceptadas por la medicina y lo establecido en los protocolos de atención.
8. Beneficiario: Persona que tenga derecho a alguna prestación por la Caja de Seguro Social, por la ocurrencia de alguno de los riesgos cubiertos por la Ley 51 de 2005.
9. Cartera de Servicios de Salud: es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, mediante el cual se hace efectiva la amplitud de las prestaciones de servicios de salud, que se brindan en la Caja de Seguro Social, en todos sus niveles de atención y grados de complejidad.



## Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social

-3-

10. Centro de atención de Promoción y Prevención en Salud -CAPPS: Instalación de salud de la Caja de Seguro Social que desarrolla acciones encaminadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y a la resolución de problemas de baja complejidad a través de una atención oportuna. El equipo básico y los médicos generales y/o familiares constituyen el recurso nuclear para la atención.
11. Certificaciones de Salud: son todos aquellos formularios oficiales, de uso exclusivo de las unidades de la Caja de Seguro Social, en los que se documenta la prestación en salud.
12. Certificación de Homologación: es el certificado en el que se transcribe la información contenida en los certificados de incapacidad y/o embarazo, provenientes de instalaciones ajenas a la Caja de Seguro Social.
13. Certificado de Condición de Salud: es el documento en el que se hace constar el estado de salud físico o bucal, respectivamente, del paciente al momento de la evaluación.
14. Certificado de Defunción: es el documento mediante el cual, el médico encargado del caso o tratante, hace constar el fallecimiento del paciente dentro de la red de instalaciones de servicios de salud.
15. Certificado de Embarazo: es el documento en el que se hace constar el embarazo de una asegurada e indica la fecha probable de parto, la fecha de retiro y de reintegro laboral.
16. Certificado de Incapacidad: es el documento de uso controlado que expiden los médicos u odontólogos idóneos, cuando a su criterio profesional, luego de la evaluación al paciente, considere que el reposo es parte del tratamiento y que por su condición de salud no pueda realizar sus actividades habituales.
17. Constancia de Asistencia: es el documento que hace constar de manera formal, que la persona ha asistido al consultorio o servicio, según sea el caso, a recibir atención de salud en calidad de paciente o acompañante de un paciente.
18. Consulta externa: es parte del servicio de atención ambulatoria, que tiene como fin preservar y/o restaurar los daños a la salud, de acuerdo a la cartera de servicios, al modelo y a las normas de atención vigentes.
19. Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud: es el ente superior jerárquico, normativo y supervisor en todo lo concerniente al Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, a nivel nacional.
20. Dispositivos médico quirúrgicos: es cualquier instrumento, aparato o material, previsto para ser empleado en seres humanos, con los propósitos específicos de diagnóstico o tratamiento.
21. Emergencia: es aquella condición en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos de la persona afectada.<sup>1</sup>
22. Hospital de Crónicos: Es la instalación de salud que se dedica a la atención de pacientes que por causa de su edad o de la naturaleza de sus patologías requieren de un tratamiento continuo a largo plazo antes de alcanzar a restaurar, al menos, parcialmente su salud si es que tal recuperación ocurre. El tratamiento de estos pacientes debe llevarse a cabo por un equipo que incluye grupo médico y de enfermería, además de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.
23. Hospital Sectorial: Es la instalación hospitalaria, que dentro de la red hospitalaria de la CSS son los de menor complejidad. Se sitúan en áreas alejadas de las cabeceras de provincias. La cartera de servicios está dada por hospitalización, Medicina General, Especialidades, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, atención de urgencias, odontología general y especializada, cirugías.
24. Hospital Regional: Es la instalación hospitalaria, que se constituyen en centros hospitalarios de referencia de la demanda de atención en las regiones de salud. Se sitúan en áreas alejadas de las cabeceras de provincias. La cartera de servicios incluye atención ambulatoria y de hospitalización de Especialidades y subespecialidades médico quirúrgicas, servicios de Urgencias, Cirugías, servicios técnicos. La vía de referencia es proveniente de las instalaciones del primer y segundo nivel de atención.
25. Hospital de Referencia Nacional Generales y Especializados: Es la instalación del tercer nivel de atención, que le corresponde la atención ambulatoria pre y post hospitalaria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades.

<sup>1</sup> Fuente definición OPS/OMS

**"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"**

Firma: [Firma manuscrita]  
 Nombre: [Nombre manuscrito]  
 Cargo: [Cargo manuscrito]  
 Fecha de Certificación: 12-10-18  
 U.E.: [U.E. manuscrita]



"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"

Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social

-4-

Firma: [Firma]  
 Nombre: Marta Chávez  
 Cargo: Jefa de Sección III  
 Fecha de Certificación: 12-10-18  
 U.E.: Secretaría General

- subespecialidades. Constituyen instalaciones de referencia para la atención de todos los niveles de complejidad; están dirigidos a ofrecer la más alta tecnología.
26. Servicios de salud: es el conjunto sistemático de intervenciones sanitarias agrupadas por disciplinas o áreas especializadas.
  27. Policlínica Básica: Es la instalación de salud de la Caja de Seguro Social que representa el Centro primario de referencias para patologías que superan la oferta de la red primaria. La cartera de servicios está dada por actividades de Medicina General, especialidades básicas, Odontología, atención de urgencias, enfermería, laboratorio, rayos x y salud ocupacional. Se podrían incluir otras especialidades de acuerdo a la demanda y perfil epidemiológico.
  28. Policlínica Especializada: Es la instalación de salud de la Caja de Seguro Social que por las acciones que desarrolla se convierten en el centro de referencia del primer nivel de atención. La cartera de servicios está dada por Medicina General, especialidades y subespecialidades, Odontología general y especializada, Servicio de Urgencias, Laboratorio, Farmacia, Radiología médica, servicios de rehabilitación y consultas técnicas. Se podría incluir Cirugía ambulatoria, hospitalización de corta estancia y otras especialidades de acuerdo a la demanda y perfil epidemiológico.
  29. Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social: es el conjunto de recursos financieros, humanos, físicos (infraestructuras), equipos y materiales, que interactúan armónica y dinámicamente para proveer de servicios de salud.
  30. Prestaciones de los servicios de salud: son las acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención, atención, seguimiento y rehabilitación de la enfermedad.
  31. Prestaciones de Salud dispensadas fuera de la Institución: son aquellas prestaciones que forman parte de la cartera de servicios, pero que por circunstancias especiales, la Institución no está en capacidad de brindarla.
  32. Prestaciones de Salud dispensadas fuera del país: son aquellas prestaciones que forman parte de la cartera de servicios y que por razones excepcionales se brindan fuera del territorio nacional.
  33. Promoción de la salud: es el conjunto de actividades educativas, tendientes a inducir la práctica de estilos de vida saludable y al desarrollo de mejores condiciones de vida.
  34. Prevención en salud: es el conjunto de acciones e intervenciones utilizadas para proteger y disminuir los factores de riesgo, que causan las enfermedades y los daños a la salud.
  35. Prevención primaria: acciones dirigidas a personas y grupos para evitar los riesgos que producen daño a la salud.
  36. Prevención secundaria: acciones encaminadas a detectar precozmente y tratar oportunamente una enfermedad, para disminuir la progresión o complicación de la misma.
  37. Prevención terciaria: acciones dirigidas específicamente a la enfermedad buscando prevenir secuela y muerte, por causa de la misma.
  38. Primer nivel de atención: es el nivel donde se desarrollan actividades dirigidas a mejorar y elevar el nivel de salud de los beneficiarios por medio de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, fomento del saneamiento y el mejoramiento del medio ambiente.
  39. Recuperación: es el proceso por medio del cual el enfermo se recupera de forma parcial o total de un daño a la salud.
  40. Reembolso de gastos médicos: es el reconocimiento monetario que se genera de una prestación en salud, que forma parte de la cartera de servicios institucional y que fue recibida por un beneficiario fuera de las instalaciones de la Caja de Seguro Social.
  41. Rehabilitación: el conjunto de actividades y procedimientos, tendientes a lograr la readaptación del paciente con secuelas físicas o mentales, al ambiente familiar, laboral y social a fin de mantener el más alto nivel de funcionamiento posible.
  42. Resumen de Caso: es el documento mediante el cual, el médico tratante hace constar la atención médica ambulatoria u hospitalaria, por medio de un resumen clínico que incluye fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, estudios de laboratorio y gabinete realizados, plan de tratamiento y recomendaciones médicas.
  43. Segundo nivel de atención: es el nivel donde se desarrollan actividades dirigidas a la reparación del daño, se atienden y resuelven las demandas asistenciales complejas que exigen recursos, procedimientos y tecnología elaborada con tendencia a requerir internación en instalaciones hospitalarias. Se caracteriza porque enfatiza



"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"

Firma: [Firma]  
 Nombre: Melba Cruz  
 Cargo: Jefa de Sección III  
 Fecha de Certificación: 12-10-18  
 U.E.: Medicina General

Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social  
 -5-

- aspectos de prevención secundaria que supera la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.
44. Tercer nivel de atención: es el nivel donde se desarrollan actividades de diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación altamente especializadas, para la atención de patologías complejas. Exige equipos de alta tecnología e instalaciones de salud de gran capacidad resolutoria y que en esencia deben atender las referencias de los casos que superen la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel de atención.
45. Transporte Sanitario de Pacientes: es el servicio de movilización que se brinda a los beneficiarios y comprende la atención y/o el traslado de pacientes.
46. Unidad Local de Atención Primaria en Salud-ULAPS: Instalación de salud de la Caja de Seguro Social que desarrolla acciones encaminadas a fortalecer la atención primaria brindando atención de Medicina General, Odontología y especialidades básicas con acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Para fortalecer la capacidad resolutoria cuentan con Farmacia, laboratorio básico y podría tener Radiología simple.
47. Urgencia: patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones.<sup>2</sup>

**Artículo 3:** La Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud, es responsable de liderar, conducir y establecer los planes, acciones, normas, protocolos y procedimientos necesarios para el desarrollo efectivo y eficiente de los servicios de salud, conforme a los propósitos, objetivos y acciones señalados en la Ley Orgánica.

**Artículo 4:** El Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, deberá proveer, a los beneficiarios a nivel nacional, toda la gama de servicios de salud, promoción y protección a la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación.

**Artículo 5:** El Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, será implementado por la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, en base a las estrategias de salud institucionales diseñadas por el Director General en el contexto social, laboral, económico y jurídico, que establece la Ley Orgánica vigente y sus reglamentos.

**Artículo 6:** Los Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, se ofrecerán en la red de instalaciones de la Institución, con las excepciones establecidas en este reglamento.

**Artículo 7:** El transporte de aquellos beneficiarios en donde el médico tratante determine la necesidad de que sea trasladado a otra unidad ejecutora, para recibir atención, serán asumidos por la Caja de Seguro Social, salvo las excepciones establecidas en este reglamento, de acuerdo a los procedimientos institucionales vigentes.

**Artículo 8:** Los casos de urgencia y/o emergencia se atenderán inmediatamente. Después de otorgada la prestación se obtendrá la información necesaria para comprobar el derecho a la prestación por la Caja de Seguro Social.

**Parágrafo:** Sí se comprueba que al paciente no le asiste el derecho a la prestación proporcionada por la Caja de Seguro Social y existía la obligación legal de afiliarlo, el empleador correrá con los gastos ocasionados. Sí el paciente no tiene derecho a la atención, asumirá el costo de la atención, salvo en aquellos lugares donde exista convenio de compensación de costos.

## CAPÍTULO II

### De la Atención de Salud Integral en la Caja de Seguro Social

**Artículo 9:** La Caja de Seguro Social bajo la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, brindará la atención de salud integral con enfoque biosociedad en las acciones de promoción de la salud, prevención de

<sup>2</sup> Fuente definición de OPS/OMS



**"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"**

Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social  
-6-

Firma: [Firma]  
Nombre: Miris Chaviz  
Cargo: Jefa de Sección III  
Fecha de Certificación: 12-10-18  
U.E.: Asistencia Sexual

la enfermedad, recuperación y rehabilitación de los daños a la salud, incluyendo los ocasionados por enfermedad común y/o profesional.

**Artículo 10:** La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en la población beneficiaria, estarán basadas en las políticas públicas establecidas por el ente rector y las normas institucionales vigentes. Utilizará como estrategias la información, la comunicación, la educación y la participación comunitaria.

**Artículo 11:** La Prevención en Salud se clasifica en primaria, secundaria y terciaria.

**Artículo 12:** La atención de la salud integral garantizará la calidad y seguridad de los pacientes, de los profesionales y técnicos de la salud, en todos los niveles de atención y grados de complejidad y estará a cargo de personal de salud idóneo y competente.

**CAPÍTULO III  
De los Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social**

**Artículo 13:** Los servicios de salud serán ejecutados por personal multidisciplinario, para la atención de los beneficiarios, interrelacionados a través del Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia vigente.

**Artículo 14:** Los servicios de salud se brindarán en la red de instalaciones de la Caja de Seguro Social, organizados por niveles de atención y grados de complejidad, sobre la base de criterios de accesibilidad, oportunidad, continuidad, capacidad resolutive, área de cobertura y población de responsabilidad.

**Artículo 15:** Los niveles de atención correlacionan dos aspectos: las necesidades de salud y los recursos necesarios para satisfacer estas necesidades. La Caja de Seguro Social reconoce tres niveles de atención, para la red de instalaciones de los servicios de salud, a saber: Primer nivel de atención, Segundo nivel de atención y Tercer nivel de atención.

**Artículo 16:** El grado de complejidad se determina, según los siguientes criterios: la diferenciación de todos los servicios que se ofrecen en cada instalación de salud, el desarrollo y la especialización del recurso humano, de la tecnología y del equipamiento de la instalación de salud.

**Artículo 17:** En las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social se pueden encontrar diversos niveles de atención y grados de complejidad, como se describe en el siguiente cuadro:

| NIVEL DE ATENCION | GRADO DE COMPLEJIDAD        | INSTALACIONES   |
|-------------------|-----------------------------|---|
| I nivel           | II y III grado <sup>3</sup> | CAPPS y ULAPS Policlínicas básicas <sup>4</sup>   |
| II nivel          | IV, V y VI grado            | Policlínicas especializadas, hospitales de áreas, hospitales sectoriales, hospitales crónicos, hospitales regionales. |
| III nivel         | VII, VIII y IX grado        | Hospitales supra-regionales, hospitales nacionales de referencia general y especializada. Centros especializados      |

[Firma]

**CAPÍTULO IV**

<sup>3</sup> I nivel de complejidad no se ofrece en la red de instalaciones de la CSS.



"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"

Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social  
-7-Firma: Melba Chaves  
Nombre: Melba Chaves  
Cargo: Jefa de Servicio 11  
Fecha de Certificación: 12-10-18  
U.E.: Secretaría General**De las Prestaciones de Servicios de Salud de La Caja de Seguro Social**

**Artículo 18:** Las prestaciones de los servicios de salud de la Caja de Seguro Social, comprenden la atención de los riesgos de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales, basada en estrategias de promoción, prevención y rehabilitación, de acuerdo al perfil epidemiológico.

**Artículo 19:** La prestación de servicios de salud por riesgo de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales, se ofrecerá en la red de instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, en los establecimientos del sector salud del Estado con los que se hayan establecido convenios, o en aquellas Instituciones u organizaciones de salud no gubernamentales, con las que la Caja de Seguro Social hubiere convenido o contratado para tal fin, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 70 y el numeral 1 del artículo 136 de la Ley 51 de 2005.

**Artículo 20:** Las prestaciones de los servicios de salud serán otorgadas por los profesionales y técnicos de la salud de la Caja de Seguro Social, con oportunidad, calidad, calidez y bioseguridad, asegurando el uso racional, eficiente, efectivo y transparente de los recursos, que incorpore la rendición de cuentas.

**Artículo 21:** Los asegurados y sus dependientes recibirán las prestaciones de salud de acuerdo al servicio en el nivel de atención y el grado de complejidad a que correspondan las patologías.

**Artículo 22:** La Caja de Seguro Social podrá establecer acuerdos de coordinación y reciprocidad de prestación de servicios de salud con el sector salud del Estado, con el fin de evitar la duplicidad de servicios, costos innecesarios, por carencia o insuficiencia de los servicios, sin menoscabo de la autonomía económica, funcional y administrativa de la Caja de Seguro Social.

**Artículo 23:** Los beneficiarios tendrán que presentar los documentos de identificación y cualquier otro determinado por la Caja de Seguro Social, a fin de comprobar el derecho a través de los mecanismos que se establezcan, para recibir las prestaciones en salud.

**Artículo 24:** Las prestaciones de los servicios de salud solo se darán dentro del territorio nacional, salvo las excepciones expresamente establecidas en este reglamento.

**Artículo 25:** Las personas que ingresen a cualquier instalación de salud bajo la administración de la Caja de Seguro Social, están sujetas a las disposiciones de carácter administrativo y médicas de servicios en salud establecidas por la Institución.

**Artículo 26:** La Caja de Seguro Social concederá a los asegurados y sus dependientes las prestaciones de los servicios de salud descritas en la Cartera de Servicios, por Niveles de Atención y Grados de Complejidad del Sistema de Servicios de Salud de la Institución, que serán brindadas en el ámbito individual, familiar, laboral y comunitario, por equipos multidisciplinarios de atención en salud, a nivel intra y extramuros.

**Artículo 27:** Las prestaciones de salud se brindarán de conformidad con lo dispuesto en el artículo 136, numeral 1 de la Ley 51 de 2005 y el artículo 14 del Decreto de Gabinete 68 de 1970.

**Artículo 28:** La atención ambulatoria comprende servicios tales como: transporte sanitario de pacientes, consulta externa, emergencias, urgencias y atención domiciliaria, de acuerdo a las normas institucionales vigentes.

**Artículo 29:** Los asegurados y sus dependientes deben proporcionar la sangre necesaria para su tratamiento. En caso de suma emergencia la Institución suministrará la sangre necesaria y deben restituirla.

**Artículo 30:** Los medicamentos se dispensarán a los asegurados y sus dependientes con base en un acto médico de prescripción, por medio de recetas que deberán ser

*[Handwritten mark]*



## Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social

-8-

extendidas en formularios específicos o conforme a otros mecanismos tecnológicos aprobados por la Institución.

**Artículo 31:** La Caja de Seguro Social sólo dispensará las prescripciones farmacéuticas de los productos incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) vigente en la Institución, en cumplimiento de las normas para prescribir y dispensar medicamentos. La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, en coordinación con la Comisión de Medicamentos revisarán periódicamente estas normas.

**Artículo 32:** Para atender situaciones de especial necesidad o en casos muy excepcionales, que ameriten el uso de medicamentos que se encuentren fuera del Listado Oficial de Medicamentos (no LOM), se enviará el caso a la Comisión de Medicamentos, de acuerdo a lo establecido en la norma institucional y la legislación vigente, para la adquisición de medicamentos no incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos.

**Artículo 33:** Los servicios de diagnóstico y tratamiento sirven de apoyo al equipo de salud para el análisis en la prevención y atención de enfermedades, la recuperación y rehabilitación del estado de salud de los asegurados y sus dependientes. Las actividades que realizan van a depender del nivel de atención y grado de complejidad de la instalación de salud y se describen en la Cartera de Servicios.

**Artículo 34:** Los médicos y profesionales asistenciales de salud deberán dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, cuando corresponda, de los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes, de acuerdo a lo establecido en la Ley 68 del 20 de noviembre de 2003 y su reglamentación.

**Artículo 35:** La Institución les brindará la prestación en salud a las embarazadas beneficiarias. En los casos de las menores de edad o estudiantes de 18 a 25 años, dependientes de sus padres, se les brindarán las prestaciones de salud que requiere el neonato hasta por tres días dentro del centro hospitalario. Donde no exista convenio para la atención de no asegurados, de requerir más tiempo el neonato, se estabilizará y será referido a una instalación del Ministerio de Salud.

**Artículo 36:** En los casos de riesgo por enfermedad el beneficiario tendrá derecho a prótesis u otros aditamentos médicos, debidamente indicados y sustentados por sus médicos tratantes y aprobados por la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud. Las autoridades de la Caja de Seguro Social están obligadas a acelerar los procesos que permitan la prestación del servicio.

Además, para los casos de riesgos profesionales, el asegurado tendrá derecho a la provisión, reparación, y renovación de las prótesis y los aparatos ortopédicos, por causa de la lesión sufrida, cuando su uso se estime necesario. En ambas situaciones, la prestación del servicio de salud se sustentará en medicina basada en la evidencia, de acuerdo a lo establecido en las normas, protocolos y procedimientos vigentes de la Institución.

El paciente tendrá la obligación de cumplir con las citas y tratamientos prescritos por los profesionales de la salud.

**Artículo 37:** Excepcionalmente y en consideración a la capacidad instalada, la Caja de Seguro Social otorgará prestaciones de salud a personas no aseguradas, siempre y cuando la oferta de las mismas sea exclusiva de la Caja de Seguro Social a nivel nacional, es decir, que ninguna entidad pública o privada oferte el servicio de salud en referencia, en el territorio nacional. Todas las solicitudes relacionadas, deben presentar una certificación médica que sustente que dichas prestaciones no pueden ser otorgadas en las instalaciones del Ministerio de Salud o privadas, para que sean tramitadas a través de la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud.

"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"

Firma: [Firma manuscrita]  
Nombre: [Nombre manuscrito]  
Cargo: [Cargo manuscrito]  
Fecha de Certificación: 12-10-18  
U.E.: [U.E. manuscrita]



"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"

Firma: [Firma]  
 Nombre: Melba Chacón  
 Cargo: Jefa de Asesoría III  
 Fecha de Certificación: 12-10-18  
 U.E.: Secretaría General

Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social  
 -9-

**PARÁGRAFO:** Los costos generados de la prestación de los servicios de salud, a que se refiere el artículo anterior, serán determinados por la unidad ejecutora que presta el servicio y serán cubiertos por la persona que reciba el beneficio o su garante. La Caja de Seguro Social elaborará los procedimientos y mecanismos que regulen y garanticen ésta disposición, al momento de entrar en vigencia el presente reglamento.

## CAPÍTULO V De La Cartera De Servicios de Salud

**Artículo 38:** La Caja de Seguro Social concederá a los asegurados y sus dependientes las prestaciones de los servicios de salud descritas en la Cartera de Servicios, que serán brindados en el ámbito individual, familiar, laboral y comunitario por equipos multidisciplinarios de atención en salud, a nivel intra y extramuro.

**Artículo 39:** La Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud, someterá a consideración de la Dirección General de la Caja de Seguro Social, la Cartera de Servicios por niveles de atención y grados de complejidad que ofrece en sus instalaciones de salud. La Cartera de Servicios será aprobada mediante resolución emitida por la Dirección General, previo conocimiento de la Junta Directiva, de acuerdo a lo establecido en el artículo 22, numeral 1 de la Ley 51 de 2005.

**PARÁGRAFO:** La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, tendrá un periodo de hasta 6 meses para presentar la Cartera de Servicios a la Honorable Junta Directiva, a partir de la aprobación de este Reglamento.

**Artículo 40:** La Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud, conformará una comisión que cada dos años recomendará la inclusión o exclusión de prestaciones en la Cartera de Servicios de Salud, salvo en casos que por sustentación científica, amerite su inclusión o exclusión de forma inmediata.

**Artículo 41:** Las recomendaciones emitidas por la comisión deben basarse en estudios de oferta y demanda, costo efectividad, medicina basada en la evidencia, el perfil epidemiológico de la población de responsabilidad, considerando características geográficas y socio-demográficas y la disponibilidad financiera de la Institución. Para tal fin se dictará el procedimiento correspondiente.

**Artículo 42:** La Cartera de Servicios de Salud del primer nivel corresponde a la prestación que se brinda en los CAPPs, ULAPS y policlínicas básicas, en atención a su grado de complejidad como actividades de Medicina General, Familiar, Pediatría, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Odontología General, Salud mental, otros programas de salud, servicios de diagnóstico y tratamiento básicos, servicios técnicos y visitas domiciliarias.

**Artículo 43:** La Cartera de Servicios de Salud del segundo nivel corresponde a la prestación que se brinda en las policlínicas especializadas, hospitales sectoriales y regionales y hospitales crónicos en atención a su grado de complejidad. En este nivel de atención, se adicionan a las especialidades de primer nivel algunas otras especialidades y sub especialidades médicas y quirúrgicas, odontología especializada, servicios especializados, técnicos de apoyo, servicios de urgencias y hospitalizaciones.

**Artículo 44:** La cartera de servicios de salud del tercer nivel de atención corresponde a las prestaciones altamente especializadas, que se brindan en hospitales suprarregionales, nacionales de referencia general y especializada y centros especializados. En este nivel de atención se incluyen otras especialidades, subespecialidades, servicios técnicos y de apoyo especializados no establecidos en el primer y segundo nivel.

**Artículo 45:** Corresponde a cada unidad ejecutora de salud, informar a los asegurados y sus dependientes, acerca de los servicios y prestaciones a que pueden tener acceso los usuarios en su instalación.

**Artículo 46:** Queda explícitamente prohibida la adquisición de aquellos servicios de salud, que la Caja de Seguro Social provea en su red a los asegurados y sus



"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"

Firma: Marta AlegreNúmero: 12-10-18Código: Jefa de Sección IIIFecha: 12-10-18Lugar: Secretaría GeneralReglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social  
-10-

dependientes de acuerdo a la Cartera de Servicios, salvo en los casos en que la Institución se encuentre temporalmente imposibilitada para prestarlos, previa certificación de la misma, basados en los procedimientos establecidos.

### Capítulo VI

#### De Las Prestaciones Dispensadas dentro del país por instituciones ajenas a la Caja de Seguro Social

**Artículo 47:** Las Prestaciones dispensadas dentro del país por instituciones ajenas a la Caja, sólo se brindarán por ausencia temporal o absoluta del servicio, cuando la demanda supere la capacidad y estos sean estrictamente necesarios para la atención.

**Artículo 48:** La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud a través de la Dirección Nacional de los Servicios de Salud, establecerá una lista de prestaciones que se encuentren temporalmente imposibilitadas, en atención a los procedimientos establecidos.

**Artículo 49:** La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, autorizará la adquisición de prestaciones de salud externas, previa evaluación del Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de Servicios Médicos Externos, para dar cumplimiento al artículo 136 de la Ley 51 de 2005, conforme al procedimiento vigente.

Para tales efectos el médico tratante llenará el formulario de Solicitud y Autorización de Servicios Médicos Externos, el que dará inicio al proceso de adquisición, según lo establece el procedimiento vigente.

**Artículo 50:** La Caja de Seguro Social sólo asumirá el pago hasta la suma de cincuenta mil balboas (B/.50,000.00), por enfermedad, de aquellas prestaciones en salud que se brinden fuera de la red de servicios de la Institución.

**Artículo 51:** Los asegurados y sus dependientes a los que se refiere el artículo anterior, que cuenten con un seguro médico privado y voluntariamente decida utilizarlo, previa solicitud del servicio, la Institución solamente cubrirá el co-pago o el deducible exigido por la aseguradora privada, monto que nunca será mayor a la suma de cincuenta mil balboas (B/.50,000.00), por enfermedad. Cuando la aseguradora privada no cubra la totalidad de los gastos médicos, la Institución reconocerá la diferencia entre el co-pago o el deducible y los gastos no cubiertos, sin exceder la suma de cincuenta mil balboas (B/.50,000.00), por enfermedad.

**Artículo 52:** La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, deberá ser informada por el empleador, dentro de las primeras cuarenta y ocho horas, cuando por la gravedad de un accidente de trabajo, la víctima sea conducida a un centro hospitalario que no sea propiedad de la Caja de Seguro Social, ni contratada por esta.

**Artículo 53:** En los casos descritos en el artículo anterior, la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, procederá a enviar a un médico al lugar de internamiento del trabajador, con el fin que practique una evaluación clínica para determinar la gravedad del trabajador y considerara sí el accidentado puede ser trasladado y puesto a disposición a una instalación de salud de la institución, sin poner en riesgo su vida y que la movilización no ocasionará un agravamiento de la lesión. Para tal fin, se atenderá el procedimiento vigente.

**Artículo 54:** Los servicios médicos de la Caja de Seguro Social efectuará el traslado a una instalación de salud de ésta, una vez la Comisión Médica así lo recomiende. Si el traslado no es aconsejable, la Caja de Seguro Social asumirá los costos a que diera lugar la atención del paciente mientras no se encuentre en condiciones de ser movilizad.

**Artículo 55:** Cuando se compruebe la urgencia del accidente de trabajo y el trabajador sea puesto a disposición de la Caja de Seguro Social, los costos generados serán asumidos por la Institución, de lo contrario, la asistencia prestada en la entidad

Q



**"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"**Firma: [Firma]Nombre: Maria ChavesCargo: Jefa de Sección IIIFecha de Certificación: 12-10-18U.E.: Secretaría GeneralReglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social  
-11-

particular, anterior al traslado a la Caja de Seguro Social, serán pagados por el empleador, así como cuando no se comunique la ocurrencia del accidente de trabajo.

**Artículo 56:** En el caso que el trabajador, una vez estabilizado y evaluado por, el médico se niegue a ser trasladado a las instalaciones de la Caja de Seguro Social, deberá firmar el relevo de responsabilidad que exonera a la Caja de cualquier compromiso económico con el empleador, el empleador y la entidad de salud que prestó el servicio.

**Artículo 57:** La Caja de Seguro Social proporcionará dispositivos quirúrgicos, para la realización de procedimientos incluidos en la cartera de servicios y que de forma voluntaria, por su cuenta, costo y riesgo, el beneficiario decida realizarse fuera de la Institución; siempre que exista la disponibilidad de los mismos hasta la suma de cincuenta mil balboas (B/.50.000.00), por enfermedad.

**Artículo 58:** Los beneficios descritos en el artículo anterior, con antelación a la entrega del dispositivo quirúrgico, requerirán de una evaluación de su estado de salud, por la instalación de salud de la institución que se le asigne, se comprobará la necesidad del procedimiento y se verificará que el mismo esté incluido en la cartera de servicios. El beneficiario deberá presentar una certificación del procedimiento a realizar y copia de su expediente clínico externo que será incluido en el expediente clínico institucional. La Caja de Seguro Social no entregará ningún dispositivo quirúrgico, si la solicitud del mismo es posterior a la realización del procedimiento.

## Capítulo VII

### De Las Prestaciones Dispensadas fuera del país

**Artículo 59:** La Caja de Seguro Social reconocerá prestaciones por servicios de salud fuera del país.

1. A los Asegurados y sus dependientes que sean miembros permanentes de las misiones diplomáticas o consulares de Panamá en el exterior, de acuerdo a la legislación vigente, tendrán derecho a servicios de hospitalización para tratamientos y cirugías.
2. A los funcionarios del Estado designados como miembros oficiales de misiones de trabajos extraordinarios o especiales, de acuerdo a la legislación vigente, cuando requieran dichas prestaciones por motivo de urgencias y/o emergencias.
3. A los Asegurados y sus dependientes residentes en Panamá que sean trasladados al extranjero, previa solicitud y por recomendación de la Comisión Médica Evaluadora designada por la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud.

**Artículo 60:** Los asegurados y sus dependientes a los que se refiere el artículo anterior, que cuenten con un seguro médico privado y voluntariamente decida utilizarlo, previa solicitud y traslado, la Institución solamente cubrirá el co-pago o el deducible exigido por la aseguradora privada, monto que nunca será mayor a la suma de cincuenta mil balboas (B/.50,000.00), por enfermedad. Cuando la aseguradora privada no cubra la totalidad de los gastos médicos, la Institución reconocerá la diferencia entre el co-pago o el deducible y los gastos no cubiertos, sin exceder la suma de cincuenta mil balboas (B/.50,000.00), por enfermedad.

**Artículo 61:** Los asegurados y sus dependientes residentes en el territorio nacional, que por recomendación de la Comisión Médica Evaluadora designada por la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud, se les autorice su traslado, deben cumplir con el procedimiento establecido para el trámite de atención en el exterior como condición obligatoria para el reconocimiento de prestaciones de salud fuera del país.

**Artículo 62:** El reconocimiento de gastos para el beneficiario y acompañante, serán provistos de acuerdo a la región geográfica donde el paciente sea enviado para su tratamiento y lo establecido en la Ley de Presupuesto vigente. Solo se reconocerá un acompañante por beneficiario. El beneficiario reembolsará a la Caja de Seguro Social

②



**"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"**

Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social  
-12-

Firma: [Firma]  
Nombre: Melvin Cruz  
Cargo: Jefe de Recursos  
Fecha de Certificación: 12-10-18

las sumas recibidas en exceso, en los casos en que la permanencia haya sido pagada [Firma] al momento de su viaje.

**Artículo 63:** En caso de deceso de un beneficiario en el extranjero, que hubiese sido enviado por cuenta de la Caja de Seguro Social para ser tratado médicamente, los gastos del traslado del fallecido serán cubiertos por Institución.

### Capítulo VIII

#### De las Certificaciones en Salud Expedidas por la Caja de Seguro Social

**Artículo 64:** Las Certificaciones de Salud comprenden, constancias de asistencia, de condición de salud, de capacidad laboral, de embarazo, resumen de caso, certificados de incapacidad y cualquier otro que documente la prestación en salud.

**Artículo 65:** Las Certificaciones de Salud, serán expedidas por los profesionales y técnicos de la Institución autorizados en cada caso.

**Artículo 66:** Las Certificaciones de Salud expedidas por la Caja de Seguro Social, serán de uso controlado, de acuerdo al servicio prestado, verificables en registros médicos diarios y en el expediente clínico; en cumplimiento con las normas y procedimientos vigentes.

**Artículo 67:** El médico tratante, odontólogo y otros funcionarios autorizados para expedir Certificaciones de Salud en la Institución, actuará bajo su absoluta responsabilidad y con estricto apego a la ley, sus reglamentos, normas institucionales y ética profesional.

**Artículo 68:** La Certificación de Homologación es transcrita por un médico institucional, no obstante el médico tratante que expidió la certificación a homologar, es el responsable si por insuficiencia, deficiencia o falsedad ideológica, resultase un perjuicio para el paciente y/o la Caja de Seguro Social, con independencia de lo establecido en el Código Penal.

**Artículo 69:** La Constancia de Asistencia no genera prestaciones económicas por parte de la Institución.

**Artículo 70:** El Certificado de Condición de salud se expedirá por el médico tratante a solicitud del paciente o su representante.

**Artículo 71:** El médico tratante podrá expedir un certificado de incapacidad retroactivo, cuando compruebe que el padecimiento del paciente es anterior a la fecha de la atención. Deberá consignar en la historia clínica los antecedentes y demás elementos que comprueben el inicio del padecimiento del paciente, el tratamiento médico recibido y el tiempo de retroactividad.

**Artículo 72:** El Resumen de Caso debe contar con el sello de la unidad ejecutora donde se expidió, además de la firma y sello del médico tratante.

**Artículo 73:** El Certificado de Embarazo, se extiende por seis semanas anteriores al parto y las ocho posteriores al parto. En los lugares que no se cuente con Ginecólogo Obstetra, podrá ser expedido por el Médico General.

**Artículo 74:** En el Certificado de Defunción, el médico encargado del caso o tratante anotará diagnósticos, fecha y hora exacta de la muerte, siempre y cuando no se trate de un caso médico legal.

**Artículo 75:** El asegurado que esté incapacitado temporalmente por enfermedad, podrá acceder a todos los servicios de salud, durante todo el periodo de la incapacidad.

### Capítulo IX

#### Reembolso de Gastos Médicos para el Riesgo de Enfermedad y Maternidad

*[Firma]*



Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social  
-13-

**"FIEL COPIA DE SU ORIGINAL"**

Firma: [Firma]  
Nombre: Muriel Chaves  
Cargo: Jefa de Sección III  
Fecha de Certificación: 12-10-18  
U.E.: Secretaría General

**Artículo 76:** El reembolso de gastos médicos se hará efectivo cuando el beneficiario en casos de urgencia o emergencia, compruebe que no pudo obtener previamente la autorización de la Institución. Lo anterior sin perjuicio de lo que establece la Ley 16 de 1986.

**Artículo 77:** La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, procederá a conformar una Comisión Médica pertinente, integrada por tres médicos, que valorará la condición clínica del beneficiario y determinará si la urgencia o emergencia puso en riesgo la vida o la salud, en el momento que recibió la prestación en salud.

**Artículo 78:** La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud autorizará el reembolso de los gastos incurridos, hasta la suma de cincuenta mil balboas (B/.50.000.00), por enfermedad, que sea solicitado dentro de los doce (12) meses siguientes de ocurrido el hecho, y se ajuste a lo dispuesto en las normas y procedimientos institucionales vigentes.

### Disposiciones Finales

**Artículo 79:** El presente reglamento deroga el Reglamento de Prestaciones Médicas aprobado por la Junta Directiva en Sesión del 27 de diciembre de 1962 y todas sus modificaciones; el Reglamento sobre Prestaciones Médicas dispensadas en instituciones en el exterior cuando no se brinden en Panamá, aprobado mediante Resolución No. 18,153-99 J.D. de 28 de octubre de 1999 y todas sus modificaciones; los artículos 10, 12, 13, 14 y 15 del Acuerdo No.1 de 29 de mayo de 1995, por el cual se expide el Reglamento General de Prestaciones del Seguro de Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones; y el Reglamento para la Homologación de la Atención Alterna y Opcional de Atención Médica Privada Dispensada a los Asegurados de la Caja de Seguro Social, aprobado mediante Resolución No.9931-94-J.D. de 17 de marzo de 1994.

**Artículo 80:** Este reglamento entrará en vigencia a partir de su promulgación en la Gaceta Oficial.

Aprobado en primer debate por el Pleno de la Junta Directiva, en la sesión del 17 de abril 2018.

Aprobado en segundo debate el Pleno de la Junta Directiva, en sesión del 10 de octubre de 2018.

**ARTÍCULO TERCERO:** Esta Resolución empezará a regir, a partir de la fecha de su promulgación en la Gaceta Oficial.

**FUNDAMENTO DE DERECHO:** Artículos 1 numeral 22, 6, 28 numeral 2 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005.

**REMITASE** a la Gaceta Oficial para su debida promulgación.

Publíquese y Cúmplase,

[Firma]  
**GUILLERMO PUGA**  
Presidente de la Junta Directiva

RAC/RRV

[Firma]  
**LYDA RIVERA V.**  
Secretaria de la Junta Directiva



[Firma]