



# Instructivo para el llenado de la Solicitud de Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud

## Estimados Profesionales

El instructivo para el llenado de la Solicitud de Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud es una guía práctica que le conducirá paso por paso a realizar el debido llenado de su solicitud. 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 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 anotarse el área de salud que le corresponde según la ubicación geográfica del consultorio que usted va a utilizar para brindar los servicios del Sistema Mixto.

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>.



#### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN SISTEMA MIXTO DE ATENCIÓN EN SALUD

Área de Salud de Adscripción:	Fecha de Entrega en el Área de Salud
Area de Salud Coronado	

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

Debe 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.



#### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN SISTEMA MIXTO DE ATENCIÓN EN SALUD

Área de Salud de Adscripción:	Fecha de Entrega en el Área de Salud
	22/10/2025



# Instructivo para el Llenado de la Solicitud de Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud

## Identificación del Profesional

### Casilla 3. Selección de la Profesión

Debe de anotarse la profesión del solicitante. Actualmente solo se encuentran autorizados los profesionales en medicina y odontología, marcar con una (X) según corresponda.

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL		Médico (X)	Odontólogo ( )	Convenio de Atención Municipal ( )	
Código Profesional		Cédula		Municipalidad:	
Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
General ( ) Especialista ( ) en: 1) _____ 2) _____ 3) _____					

### Casilla 4. Código Profesional

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

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL		Médico ( )	Odontólogo ( )	Convenio de Atención Municipal ( )	
Código Profesional	<b>25252000</b>	Cédula		Municipalidad:	
Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
General ( ) Especialista ( ) en: 1) _____ 2) _____ 3) _____					

### Casilla 5. 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.

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL		Médico ( )	Odontólogo ( )	Convenio de Atención Municipal ( )	
Código Profesional		Cédula	<b>1-0000-0000</b>	Municipalidad:	
Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
General ( ) Especialista ( ) en: 1) _____ 2) _____ 3) _____					

### Casilla 6. 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		Médico ( )	Odontólogo ( )	Convenio de Atención Municipal ( )	
Código Profesional		Cédula		Municipalidad:	
Nombre	<b>JUAN</b>	Primer Apellido	<b>CARDENAS</b>	Segundo Apellido	<b>NA</b>
General ( ) Especialista ( ) en: 1) _____ 2) _____ 3) _____					



## Instructivo para el Llenado de la Solicitud de Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud

### Casilla 7. 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.

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		Médico ( )	Odontólogo ( )
Código Profesional		Cédula	
Nombre		Primer Apellido	Segundo Apellido
General ( ) Especialista (X) en:	1) ECTOPLASMATOLOGIA	2)	3)

### Atención Municipal

Estas casillas son exclusivas para las municipalidades que iniciaran un convenio de cooperación interinstitucional bajo la figura conocida como Medicina Municipal.

### Casilla 8. Convenio del Atención Municipal y Municipalidad

El solicitante debe marcar con una X la casilla correspondiente y anotar el nombre de la municipalidad que cuenta con el convenio aprobado de cooperación interinstitucional bajo la figura de Medicina Municipal.

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL		Médico ( )	Odontólogo ( )	Convenio de Atención Municipal (X)
Código Profesional		Cédula		Municipalidad: <b>MONTES DE OCA</b>
Nombre		Primer Apellido	Segundo Apellido	
General ( ) Especialista ( ) en:	1)	2)	3)	

### Medios de Comunicación

La información que debe ser anotada en este apartado corresponde exclusivamente a los medios de comunicación personales del solicitante que permitan una comunicación fluida y directa entre el Sistema Mixto de Atención en Salud y el profesional. No se debe incluir los medios de comunicación del profesional que están sujetos a la vinculación de este con una empresa o negocio.

Le recordamos que el medio de comunicación oficial del Sistema Mixto de Atención en Salud 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.



## Instructivo para el llenado de la Solicitud de Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud

### Casilla 9. Teléfono, Celular, Otro y Correo Electrónico

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”.

<b>Medios de Comunicación</b> <i>(Anotar información exclusiva del profesional a inscribir)</i>	Telefono:	<b>2255-5555</b>	Condición de Aseguramiento
	Celular:	<b>NA</b>	
	Otro Medio:		
	Correo Electrónico:		

La casilla “otro medio” puede ser utilizada para agregar otro medio de comunicación por el cual el profesional desea ser contactado, este puede ser un número telefónico, un fax u otro correo electrónico. Si no se incluye un medio adicional, se debe llenar indicando “NA”.

<b>Medios de Comunicación</b> <i>(Anotar información exclusiva del profesional a inscribir)</i>	Telefono:	<b>2255-5555</b>	Condición de Aseguramiento
	Celular:	<b>NA</b>	
	Otro Medio:	<b>Según Corresponda</b>	
	Correo Electrónico:		

El 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

<b>Medios de Comunicación</b> <i>(Anotar información exclusiva del profesional a inscribir)</i>	Telefono:	<b>2255-555</b>	Condición de Aseguramiento
	Celular:	<b>NA</b>	
	Otro Medio:	<b>Según Corresponda</b>	
	Correo Electrónico:	<b>tecnologia_caza@acme.com</b>	

### Incorrecto

<b>Medios de Comunicación</b> <i>(Anotar información exclusiva del profesional a inscribir)</i>	Telefono:	<b>2255555</b>	Condición de Aseguramiento
	Celular:	<b>XX</b>	
	Otro Medio:	<b>Según Corresponda</b>	
	Correo Electrónico:	<b>tecnologia_caza@acme.com</b>	



# Instructivo para el Llenado de la Solicitud de Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud

## Condición de Aseguramiento

Todos los profesionales deberán cumplir con la obligatoriedad de afiliación al Seguro de Salud, bajo la modalidad contributiva establecida por la CCSS a los trabajadores, además, deberán estar al día con el pago de las obligaciones con la Seguridad Social para la inscripción y permanencia en el Sistema Mixto de Atención.

### **Casilla 10. Condición de Aseguramiento**

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)

	Condición de Aseguramiento	Trabajador Independiente (X)
		Trabajador en Planilla ( )
	Empresa:	
	Cédula jurídica:	

**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 este caso, se deberá completar los espacios correspondientes al patrono: Nombre de la empresa (razón social) y su cédula jurídica (10 dígitos) de acuerdo con el Registro Nacional. Esta empresa debe estar inscrita como patrono ente la CCSS.

	Condición de Aseguramiento	Trabajador Independiente ( )
		Trabajador en Planilla (X)
	Empresa: <b>MONTES DE OCA S.A.</b>	
	Cédula jurídica: <b>1-101-222525</b>	

## Permiso Sanitario de Funcionamiento

Todos los profesionales deberán tener su consultorio acreditado por el Ministerio de Salud. Esta acreditación es revisada a la hora de la inscripción y periódicamente. La acreditación tiene vencimiento y los profesionales deben realizar la actualización de este documento ante el Sistema Mixto, 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, debe de verificar que esta acreditación sea para la actividad específica de atención en salud que se desempeña de la mano con el Sistema Mixto.



## Instructivo para el Llenado de la Solicitud de Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud

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 y 02 para odontología. 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.

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
8620.1.02	Servicios de consulta ambulatoria odontología general o especializada	B

### Casilla 11. Permiso Sanitario de Funcionamiento

Los apartados de esta casilla deben de completarse de la siguiente manera:

Permiso Sanitario de Funcionamiento (Ministerio de Salud):	Nº de Resolución	Fecha de emisión	Fecha de vencimiento
	CN-ARS-PSF-0251-19	05/06/2019	05/06/2024

**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°: \* 07 Oct. 2019  
DIRECCIÓN DE...  
R...

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 emisión y vencimiento:** Corresponde a la fecha en el cual fue emitido el permiso y la fecha en la cual deberá ser renovado, generalmente con una validez de 5 años. Se debe utilizar el formato: día/mes/año.



## Instructivo para el llenado de la Solicitud de Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud

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

FIRMA

SELO

### Casilla 12. 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.

Nº Pacientes / hora: (Estimado de pacientes que atiende o atenderá)	4	
---	---	--

### Casilla 13. Fecha Inicio de Labores

Si el profesional ya ha iniciado con su actividad económica o iniciará inmediatamente después de aprobada la inscripción, deberá indicar en esta casilla: no aplica "NA".

Fecha Inicio Labores:	NA
-----------------------	----

Si no ha iniciado su actividad deberá indicar la fecha en la que oficialmente da por iniciada su actividad económica con el formato: día/mes/año.

Fecha Inicio Labores:	05/06/2029
-----------------------	------------

### Inscripción Consultorio de Mixta para Empresa

Este apartado solo debe ser completado por las empresas, ya inscritas, en el Sistema de Medicina de Empresa que desean atender a familiares de los trabajadores, pensionados, visitas, estudiantes, etc. que posean relación con la empresa, en cumplimiento con el artículo 3 inciso c) del Reglamento de Medicina de Empresa.

**No está autorizado que una empresa se inscriba en el Sistema Mixto para atender a los trabajadores de la empresa.**



## Instructivo para el llenado de la Solicitud de Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud

### Casilla 14. Inscripción Consultorio de Mixta para Empresa

En esta casilla debe colocarse el nombre de la empresa (razón social) y su cédula jurídica (10 dígitos) de acuerdo con el Registro Nacional. Esta empresa debe estar inscrita y al día como patrono ante la CCSS.

Inscripción Consultorio de Mixta para Empresa (Art. 3 inciso c del Reglamento Medicina de Empresa)	
Empresa:	DISPOSITIVOS ACME S.A.
Cédula Jurídica:	1-101-252525

### Dirección del Consultorio

#### Casilla 15. Dirección del Consultorio

La dirección del consultorio debe ser completada de la siguiente manera:

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

**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 indica esta dirección por lo que, podrán utilizarla. Se solicita ser lo más detallado posible a la hora de completar esta casilla.

Dirección del Consultorio					
Provincia:	Alajuela	Cantón:	Alajuela	Distrito:	Rio Segundo
Dirección exacta:	De la esquina sur de la Iglesia católica 300 mts norte y 50 mts sur, Clínica Especializada Marín				

### Horarios de Atención

Si usted 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.



## Instructivo para el Llenado de la Solicitud de Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud

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.

### Casilla 16. 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

HORARIO DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL:				
(Indicar el horario en formato de 24 horas)				
Día:	de:	a:	de:	a:
Lunes	07:00	12:00		
Martes				
Miércoles	16:00	22:00		
Jueves				
Viernes	07:00	12:00		
Sábado				
Domingo				

### Casilla 17. 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.

**Por medio de esta solicitud hago constar que:**

1. Mi incorporación en el Sistema Mixto de Atención en Salud es totalmente voluntaria.
2. He leído y comprendido las obligaciones reglamentarias que adquiero al momento de aprobarse mi incorporación en el Sistema.
3. La información aca señalada es veráz y conforme al proceso de consulta que llevaré a cabo.



**Firme Aquí**  
Firma del Profesional

### Casilla 18. 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.

Observaciones:

 **Anotar aquí sus observaciones**



# Instructivo para el llenado de la Solicitud de Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud

## **Uso Exclusivo del Área 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:					
Certificación del Colegio Profesional:	SI [ ] NO [ ]	Certificación Permiso Sanitario:	SI [ ] NO [ ]	Documento entregado con anterioridad:	SI [ ] NO [ ]
Correo Electrónico del Funcionario Responsable del Proceso de Inscripción					

Nombre

Firma

Sello del Área de  
Salud

Nombre y Firma del Director 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.