

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO PROVINCIAL

DECRETO N° 3813/77 Mod. Por Decreto 639/80

SALTA, Abril 10 de 1962.

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DECRETA:

Artículo 1º) PERSONAS ASEGURABLES:

El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio implantado por decreto ley N° 73-E/62, ampara a todos los funcionarios y empleados a sueldo o jornalizados que restan, sea en la planta permanente, transitoria o de contratados, de la Administración Central del Estado Provincial, Organismos Descentralizados y Autárquicos, empresas del Estado, Paraestatales, Municipalidades y jubilados de la Caja de Previsión social de la Provincia.

El personal que en el futuro se incorpore, quedará automáticamente comprendido en este Seguro a partir del día en que se haga cargo de sus funciones con percepción de haberes.

El personal designado con carácter accidental o transitorio, el personal reemplazante de agentes que cumplan el servicio militar, el personal contratado, se incorporará al Seguro a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que cumpla tres (3) meses de servicios ininterrumpidos en relación de dependencia con percepción de haberes.

Artículo 2º) RIESGOS CUBIERTOS:

Este Seguro cubrirá los siguientes riesgos:

- a. Muerte: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.
- b. Incapacidad total y permanente: En las condiciones estipuladas en el artículo 14.
- c. Indemnización adicional por accidente: Conforme a lo dispuesto en el Artículo 15.

Artículo 3º) CAPITAL ASEGURABLES:

- a. El seguro se constituye por un Capital Obligatorio de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$ 2.500.000).
- b. Dicho monto podrá ser incrementado mediante un capital adicional optativo de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$ 2.500.000) para el personal en actividad, excepto jubilados.
- c. El capital adicional se considerará de tácita aceptación si el agente no hace expresa renuncia al mismo dentro de los treinta (30) días de vigencia del presente decreto. Este plazo se computará desde la fecha de su ingreso al empleo o desde su incorporación al seguro, para el personal comprendido en los párrafos segundo y tercero, respectivamente, del artículo 1º.
- d. Los capitales indicados en los incisos a) y b) serán actualizados directamente por el Instituto Provincial de Seguros de Salta en forma semestral según fuere la variación de los Índices de Precios al Consumidor que publique el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), reajustando los montos resultantes al millar más próximo.

Artículo 4º) MONTO DE LA PRIMA MENSUAL:

Se fija en OCHENTA CENTAVOS (\$ 0,80) EL VALOR DE LA PRIMA MEDIA POR CADA mil pesos (\$ 1.000.-) de capital asegurado, para todos los agentes activos y pasivos, tanto para el capital básico como para el adicional, la cual se aplicará a los asegurados actuales y los que se incorporen posteriormente.

Artículo 5º) FORMA DE PAGO DE PRIMAS:

La forma de pago de las primas que demande este Seguro, será mensual, pagaderas por adelantado.

Artículo 6º) RETENCIÓN DE PRIMAS:

- a. Las Reparticiones de Administración Central del Estado Provincial, Organismos Descentralizados y Autárquicos, Empresas del Estado, Paraestatales y Municipalidades, serán responsables del ingreso total de las primas correspondientes a los Seguros de sus agentes en actividad.
- b. Las primas correspondientes al capital mínimo asegurado serán deducidas del haber mensual del agente asegurado por las respectivas tesorerías o habilitación de pagos de cada organismo e ingresadas al Instituto Provincial de Seguros de Salta dentro de los diez (10) días posteriores de practicada dicha liquidación.
- c. Las retenciones de las primas por el capital asegurado de los agentes jubilados serán practicadas por la Caja de Previsión Social de la Provincia en análogas condiciones.
- d. A los agentes que perciban remuneraciones de distintas reparticiones y / o municipalidades, la retención le será practicada por el organismo en el cual perciba mayor haber. Corresponde al agente informar de esa situación al organismo que debe actuar como agente de retención y éste a su vez, informará al Instituto Provincial de Seguros de Salta y a los demás organismos para que no efectúen retención alguna.
- e. El agente que se hallare en uso de licencia extraordinaria sin percepción de haberes, deberá abonar sus primas directamente al Instituto Provincial de Seguros de Salta dentro del plazo de gracia de treinta (30) días contados a partir de los respectivos vencimientos. Caso contrario, su certificado quedará rescindido, debiendo rehabilitarse en caso de reincorporación.

Artículo 7º) REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA:

El agente podrá hacer expresa renuncia a la totalidad o de parte del capital adicional por el que anteriormente hubiere optado, el cual tomará a partir del vencimiento de la prima inmediata siguiente a la última abonada.

Artículo 8º) CONTINUIDAD EN EL SEGURO:

Los agentes asegurados que dejen de prestar servicios en la Administración Pública del Estado Provincial o Municipalidad podrán continuar con su Seguro si lo solicitan dentro de los noventa (90) días de haber hecho efectivo su retiro. Con posterioridad a este plazo caducará el derecho a continuidad, salvo que reúna pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio del Instituto Provincial de Seguros de Salta, dicha continuidad registrará únicamente por el capital que tenía vigente a la fecha de su retiro. La suma asegurada podrá modificarse en el futuro, a solicitud del interesado, pero su monto no podrá exceder del capital básico y adicional vigente instituido por este decreto para el personal del Estado Provincia. Las primas respectivas deberán ser abonadas

directamente por el interesado al Instituto Provincial de Seguros de Salta, en forma trimestral, por adelantado y su monto podrá diferir del que se perciba para el grupo normal.

Artículo 9º) FICHA INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN AL SEGURO:

- a. El personal comprendido en el Seguro deberá llenar una ficha individual en formulario que proporcionará el Instituto, el que será remitido a éste por el organismo en el cual preste servicio o se incorpore. Si el agente prestare servicio en más de un organismo, llenará la ficha en aquel en que perciba mayor haber mensual.
- b. Esta ficha revestirá el carácter de declaración jurada, no podrá contener omisiones, enmiendas ni raspaduras que no sean debidamente salvadas, debiendo estar certificadas por funcionarios autorizados del organismo en el que preste servicio el agente, quien será responsable en la medida de su conocimiento, de la exactitud de los datos y de la veracidad de las declaraciones formuladas.
- c. Los habilitados pagadores, tesoreros y en general todos los funcionarios o encargados de abonar haberes, no efectuarán el pago de la remuneración correspondiente al mes inmediato siguiente al que correspondió la cumplimentación de la ficha individual, si el agente no proveyó a ello.

Artículo 10º) MOVIMIENTO DE ALTAS Y BAJAS:

Por intermedio del tesorero, habilitado pagador o en general el funcionario encargado de liquidar haberes, las reparticiones de la Administración Central del Estado Provincial, Organismos Descentralizados y autárquicos, empresas del Estado, Paraestatales, Municipalidades y Caja de Previsión Social de la Provincia de Salta, remitirán mensualmente al Instituto Provincial de Seguros de Salta, en formularios que éste suministrará, un detalle de altas y bajas que se produjeren en el mes inmediato anterior.

Por ALTAS se entiende (Para los casos comprendidos en a) y d) se adjuntarán las respectivas fichas individuales):

- a. La incorporación de nuevos agentes
- b. La incorporación de agentes transferidos de otros organismos.
- c. La reincorporación de ex-agentes, o agentes que hicieron uso de licencias extraordinarias.
- d. El personal transitorio que cumpla tres (3) meses de servicios ininterrumpidos.

Por BAJAS se entiende:

- a. Los agentes que se retiren voluntariamente o sean dejados cesantes, exonerados o que por cualquier otro motivo se haya producido la extinción de la relación de empleo laboral o contractual.
- b. Los agentes que sean transferidos a otros organismos o se acojan al beneficio de la jubilación.
- c. Los agentes que se acojan al uso de licencias extraordinarias por cualquier motivo.
- d. Los agentes fallecidos o que se estimen incluidos en los beneficios previstos en el Artículo 14 para el caso de invalidez.

Artículo 11º) SUMINISTRO DE LA INFORMACIÓN:

Corresponde a los responsables de las reparticiones, a los asegurados y / o sus beneficiarios suministrar todas las informaciones que sean necesarias para el fiel cumplimiento de este

Seguro, tales como las fechas, pruebas y certificados de nacimiento, defunción, incapacidad, sobrevivencia y cualquier otra información referente al Seguro.

Artículo 12º) DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS:

- a. La designación de beneficiario o beneficiarios la hará cada asegurado por escrito, en su ficha individual de Seguro o en cualquier otra comunicación como establece el inciso b) de este artículo. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el asegurado o en caso de conmorienencia la asignación correspondiente al Seguro acrecerá la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones. Si no hubiere beneficiario designado el Seguro será pagadero al cónyuge supérstite del asegurado, si lo tuviere. A falta de éste, a los hijos del asegurado que le sobrevivan, si los tuviere, en partes iguales, con derecho de acrecer. De no existir estos últimos, a los padres del asegurado, en partes iguales, con derecho de acrecer. De no sobrevivir ninguno de los parientes mencionados, se entiende que designó a sus herederos.
- b. Todo asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios por él designados, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente al Instituto, si el asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva y presenta la ficha individual para que se efectúe en la misma la anotación correspondiente. Si el cambio no hubiere llegado a ser registrado por el Instituto en la ficha individual, en caso de fallecimiento del asegurado, el pago se hará consignando judicialmente los importes que correspondan, a la orden conjunta de los beneficiarios anotados en la ficha individual y los designados con posterioridad mediante cualquier comunicación escrita del asegurado recibida por el Instituto hasta el momento de la consignación. El Instituto quedará liberado de toda obligación en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados en la ficha individual con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.
- c. Atento al carácter irrevocable de la designación de beneficiario a título oneroso, el Instituto en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación y además, por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación beneficiaria.

Artículo 13º) INDEMNIZACIÓN POR MUERTE:

- a. Ocurrido el fallecimiento de un asegurado durante la vigencia de este Seguro, el organismo donde se desempeñaba el agente hará a la brevedad la correspondiente comunicación al Instituto en el formulario que éste suministrará al efecto, el que irá acompañado de copia autentica o testimonio de la partida de defunción, de una declaración del médico que haya asistido al asegurado o certificado su muerte, testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran y de cualquier otra documentación relacionada con el siniestro.
- b. Aprobada esa documentación, el Instituto pondrá el importe del capital asegurado a disposición del beneficiario o beneficiarios.

Artículo 14º) BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ:

- a. El Instituto concederá el beneficio que acuerda este artículo al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente como consecuencia de enfermedad o accidente no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.
- b. En las denuncias de invalidez, el Instituto procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el inciso 5), siempre que sean razonablemente demostrativas del estado de invalidez total y permanente. Sin perjuicio de otras causas, el Asegurador reconocerá como casos de invalidez total y permanente: la pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irreversibles por tratamiento médico y / o quirúrgico, la amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie, de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie, la enajenación mental incurable y la parálisis general.
- c. El Instituto, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado el capital de su seguro en treinta y seis (36) cuotas mensuales iguales y consecutivas de 28,75 por cada mil pesos asegurados. Este número podrá reducirse siempre que la situación financiera del Instituto lo permita. El pago de la primera cuota se efectuará el último día del mes en que tenga lugar la comprobación de la invalidez. En caso de invalidez por insanía, el Instituto pagará las cuotas al curador designado judicialmente.
- d. El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de fallecimiento del asegurado, de modo que, con el pago de la última de las cuotas a que se refiere el punto anterior, el Instituto quedará liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho seguro. Si el asegurado falleciera durante el período de pago del capital en cuotas, el Instituto en pago de las cuotas restantes abonará al beneficiario instituido el capital asegurado reducido en tantas treinta y seis (36) avas partes como cuotas hubiera pagado.
- e. Corresponde al asegurado o a su representante denunciar la existencia de la invalidez, presentar las constancias médicas y / o testimoniales de su comienzo y causas y facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos (2) exámenes médicos por facultativos designados por el Instituto, con gastos a cargo de éste.
- f. El Instituto, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y / o constancia a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto quinto no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, el Instituto podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación por parte del Instituto dentro del plazo establecido en este punto significará el automático reconocimiento del beneficio reclamado.
- g. No obstante haberse reconocido como total y permanente la invalidez del asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, éste sólo continuará mientras subsista dicho estado y el Instituto podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por año, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso un examen médico por uno de sus facultativos con gastos por su cuenta. Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los treinta (30) días de haberlas pedido en forma, o si el asegurado o quien por él actúa dificultara su verificación, o si la invalidez hubiera dejado de ser total y permanente, el Instituto suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas mensuales. Si el Asegurado se hubiera reintegrado a sus tareas, el

Instituto rehabilitará su seguro por el capital original reducido en treinta y seis (36) avas partes como cuotas se hubieran pagado. En caso de no reintegrarse a sus tareas, el asegurado podrá solicitar al Instituto, dentro de otros treinta (30) días, un seguro individual por el capital reducido antes mencionado, sin cumplir requisitos de asegurabilidad.

- h. Si en la apreciación de la invalidez del asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por el Instituto, ambos procederán de inmediato a nombrar a un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercer médico, su nombramiento lo efectuará la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Provincia. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el asegurado si se desecharan sus pretensiones o por el Instituto si quedare obligado a atenderlas.

Artículo 15º) INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR ACCIDENTE:

1. Riesgos Cubiertos: El Instituto concederá el beneficio que acuerda este artículo cuando el asegurado sufra las consecuencias de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, experimentadas dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente, siempre que este ocurra durante la vigencia del seguro y antes de que haya cumplido los sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.
2. Beneficio: El Instituto, comprobado el accidente, abonará al asegurado o al beneficiario instituido el porcentaje del capital asegurado que establece la escala siguiente por la pérdida:
 - a. de la vida 100%
 - b. de la vista de ambos ojos 100%
 - c. de ambos pies o de ambas manos 100%
 - d. de la vista de un ojo 40%
 - e. del brazo derecho 65%
 - f. de la mano derecha 60%
 - g. del brazo izquierdo 52%
 - h. de la mano izquierda 48%
 - i. de una pierna 55%
 - j. de un pie 40%
 - k. del dedo pulgar de la mano derecha 18%
 - l. del dedo pulgar de la mano izquierda 14%
 - m. del dedo índice de la mano derecha 14%
 - n. del dedo índice de la mano izquierda 11%
 - o. del dedo medio de la mano derecha 9%
 - p. del dedo medio de la mano izquierda 7%
 - q. del dedo anular o meñique de la mano derecha 8%
 - r. del dedo anular o meñique de la mano izquierda 6%
 - s. del dedo pulgar del pie 8%
 - t. de cualquier otro dedo del pie 4%

En caso de constar en la ficha individual que el asegurado haya declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por las pérdidas en los miembros superiores.

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos, en cuanto a los ojos consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada únicamente cuando se haya producido la amputación total y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por pérdida del dedo entero, si la falange fuera del pulgar, y a la tercera parte por cada falange de cualquier otro dedo. En caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, el Instituto abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes. Cuando esa suma sea del ochenta por ciento (80%) o más, se pagará la indemnización máxima prevista por este artículo que es del cien por ciento (100%) del capital asegurado.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce (12) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, el Instituto pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse el máximo de la cobertura.

3. Carácter del beneficio: Las indemnizaciones por accidente son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en el Seguro y, en consecuencia, el Instituto no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos, sea por fallecimiento o por invalidez del asegurado.
4. Riesgos no cubiertos para la indemnización adicional por accidente: Quedan excluidos de la cobertura de este artículo los accidentes que sean consecuencia de:
 - a. Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del asegurado.
 - b. Duelo; riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa o acto criminal.
 - c. Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.
 - d. Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país.
 - e. Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y / o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos) o cualquier otra prueba análoga;
 - f. Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
 - g. Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajeros en líneas regulares autorizadas de navegación aérea de pasajeros, o cumpliendo actos de servicios como personal administrativo y / o aeronavegante en aeronaves propias del Estado Provincial o de otros propietarios afectados previamente a la misión en cuyo cumplimiento sobrevenga el infortunio;
 - h. Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
 - i. Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
 - j. Operación quirúrgica no motivada por accidente;
 - k. Fenómenos sísmicos, huracanes;
 - l. Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vida o bienes;
 - m. Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
5. Comprobación del accidente: Corresponde al asegurado o al beneficiario instituido:
 - a. Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización.

- b. Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente, como acerca de la manera y del lugar en que se produjo.
- c. Facilitar cualquier comprobación o aclaración.
- d. Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

El Instituto, en caso de muerte del asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo del Instituto. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

- 6. Valuación por peritos: Si en la apreciación de cualquier lesión del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por el Instituto ambos procederán de inmediato a nombrar un tercero, quien previo examen del asegurado dictaminará al respecto. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero, este nombramiento lo hará la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Provincia. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el asegurado si se desecharan sus pretensiones o por el Instituto si quedara obligado a atenderlas.
- 7. Terminación de la cobertura para la indemnización adicional por accidente: La cobertura del riesgo de accidente prevista en este artículo, cesará para cada ficha individual en las siguientes circunstancias:
 - a. A partir del momento en que el asegurado haya percibido, por aplicación de este artículo, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado;
 - b. Al caducar el Seguro y / o la ficha individual por cualquier causa;
 - c. Al producirse la invalidez total y permanente del asegurado.
 - d. A partir del último día del período abonado en que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad
 - e. Al retirarse el agente del servicio activo del empleador.
 - f. Condiciones generales del Seguro: Este artículo amplía y forma parte de las condiciones de póliza con que cubrirá este Seguro.

Artículo 16º) PRESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS:

Las acciones fundadas en este Seguro prescriben en los plazos y condiciones establecidas en la Ley de Seguros Nº 17.418. Vencidos los plazos de prescripción se destinarán estos fondos para el sector de Seguros Sociales del Instituto Provincial de Seguros de Salta.

Artículo 17º) CASOS NO PREVISTOS:

Cualquier situación no prevista por el presente decreto reglamentario será analizada y resuelta por el Instituto Provincial de Seguros de Salta conforme a lo previsto en la Ley de Seguros y su práctica aseguradora.

Artículo 18º) VIGENCIA INICIAL:

Establécese el día 1º de mayo de 1980, como fecha de entrada en vigencia del nuevo monto indemnizatorio, calculado en la forma establecida en el artículo anterior.

Artículo 19°)

Deróganse los Decretos N°s 2403/63, 1179/70, 5056/72 y toda disposición que se oponga al presente Decreto.

Artículo 20°)

El presente decreto será refrendado por los señores Ministros de Bienestar Social y de Economía y firmado por los señores Secretarios General de la Gobernación, de Estado de Seguridad Social y Hacienda y Economía.

Artículo 21°)

Comuníquese, publíquese en el Boletín Oficial y archívese.