

27 JUN. 2013.

86

NORMA DE CARACTER GENERAL N°

**REF.: MODIFICA LOS TÍTULOS I Y V DEL LIBRO III, DEL
COMPENDIO DE NORMAS DEL SISTEMA DE
PENSIONES.**

Santiago,

En uso de las facultades legales que confiere la ley a esta Superintendencia, en particular lo dispuesto en el número 3 del artículo 94 del D.L. N° 3.500, de 1980, y en el artículo 47 número 6 de la Ley N° 20.255, se introducen las modificaciones contenidas en la presente Norma de Carácter General a los Títulos I y V del Libro III del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.

I. Modifícase el Título I. PENSIONES del Libro III de acuerdo a lo siguiente:

1. Modifícase el Capítulo III. CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ, de la letra D. PENSIÓN DE INVALIDEZ, de la siguiente forma:

1.1 Reemplázase el número 1., por el siguiente:

“1. Proceso de Calificación de Invalidez, aplicable a solicitudes de pensión de invalidez de régimen, pensiones básicas solidarias de invalidez y solicitudes de calificación no conducentes a pensión

Las AFP y el IPS remitirán a la respectiva Comisión Médica Regional en forma electrónica vía Web Service, a más tardar al quinto día hábil siguiente de recibida la solicitud de pensión por las AFP o de verificados los requerimientos legales que dan derecho a una PBSI, los antecedentes que a continuación se señalan, resguardando la reserva y confidencialidad de la información remitida:

- a) N° de folio interno propio de la AFP o IPS
- b) Fecha y ciudad de presentación de la solicitud
- c) Tipo de solicitud: calificación de invalidez de un afiliado, calificación de invalidez de un beneficiario (hijo o cónyuge) de un afiliado, revaluación del grado de invalidez de afiliado, calificación de invalidez para PBSI, revaluación del grado de invalidez de PBSI, calificación de invalidez requerida por una ISAPRE.

- d) Antecedentes del solicitante: nombres, apellido paterno, apellido materno, RUT, estado civil, género, fecha de nacimiento, profesión o actividad, domicilio particular (calle, pasaje, N°, población/villa, depto. N°, block, comuna y ciudad), teléfono fijo y/o celular, correo electrónico.
- e) Antecedentes del empleador, cuando corresponda: nombre o razón social, RUT, domicilio (calle, pasaje, N°, block, depto. N°, población/villa, comuna y ciudad), teléfono fijo y correo electrónico.
- f) Institución de salud a la que está adscrito el solicitante, cuando corresponda.
- g) Antecedentes de solicitudes de invalidez presentadas con anterioridad si corresponde: fecha, número y fecha de dictamen o resolución, entidad solicitante.
- h) Indicación de si adjunta expediente anterior.
- i) Fecha de afiliación al sistema de capitalización individual y fecha de incorporación a la última AFP, cuando corresponda.
- j) Antecedentes de la entidad previsional que remite los antecedentes (nombre, domicilio (calle, pasaje, N°, block, depto. N°, población/villa, comuna y ciudad), teléfono).
- k) Identificación de la Comisión Médica a la que se deriva la solicitud.
- l) Condición de cobertura del SIS, cuando corresponda. Incluyendo los antecedentes de la aseguradora (nombre, N° del contrato que identifica a la compañía).
- m) Condición de incapacidad del solicitante para comparecer en la Comisión Médica, indicando medio de acreditación utilizado, ya sea Certificado Médico o visita a terreno.
- n) Indicación de si el afiliado acompaña o no antecedentes médicos a su solicitud.
- ñ) Nombre de la persona responsable de verificar la identidad e ingresar datos.
- o) Nivel de educación del solicitante (analfabeto, básica o primaria, media o secundaria, superior).
- p) Antecedentes laborales del solicitante: dependiente, independiente o voluntario, sector (público, privado, municipal, municipal docente, Poder Judicial), desempleado por menos o más de doce meses.
- q) Indicación de si el solicitante está acogido o no a licencia médica. Indicando fecha de inicio de la licencia y lugar de reposo (N°, block, departamento. N°, población/villa comuna y ciudad).
- r) Nombre de la entidad pagadora de subsidios, si corresponde.
- s) Nombre de la entidad administradora del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a la que se encuentra adscrito el solicitante.
- t) Información sobre accidentes del trabajo o enfermedades profesionales (fecha, tipo de beneficio recibido, entidad que evaluó y/o pagó el subsidio).
- u) Principal afección o enfermedad por la que se solicita el beneficio (señalar la enfermedad o lesión que el solicitante considera más importante o que le cause más problemas por la cual está solicitando el beneficio).
- v) Porcentaje de cargo del afiliado a la Administradora del arancel establecido por el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el cual dependerá del grupo en que se clasifique el afiliado de acuerdo a su nivel de ingreso mensual. Los grupos A, B, C y D serán los mismos que aquellos establecidos en el artículo 160 del referido D.F.L. N° 1, y se reajustarán en igual forma que aquellos. Para los efectos de determinar el grupo al que pertenece el afiliado, se entenderá por ingreso mensual lo siguiente:

- El promedio mensual de las remuneraciones imponibles percibidas, cuyas cotizaciones se encuentran registradas en la cuenta de capitalización individual o declaradas en una planilla de declaración y no pago, en los últimos tres meses anteriores, contados desde el mes anteprecedente a la fecha de la solicitud de pensión de invalidez, para los trabajadores dependientes que se encuentren prestando servicios.
- El promedio mensual de las rentas que sirvieron de base para las cotizaciones que se encuentran registradas en la cuenta de capitalización individual en los últimos seis meses anteriores, contados desde el mes anteprecedente a la fecha de la solicitud de pensión de invalidez, para los trabajadores independientes y los voluntarios. La referida información deberá registrarse en el formulario "Informe de Rentas" del Anexo N° 1 del presente Título I.

En cualquier caso, si el afiliado no registra cotizaciones en su cuenta individual ni planillas de declaración y no pago, en los últimos tres o seis meses anteriores a la fecha de presentación de la solicitud, según se trate de trabajador dependiente, voluntario o independiente respectivamente, la Administradora deberá, sin más trámite, clasificarlo en el grupo A, correspondiéndole un porcentaje de 0%.

Sin perjuicio de lo anterior, la Administradora que desee financiar los exámenes en mayor proporción que lo que habría correspondido, señalará el porcentaje de costo para el afiliado.

La información antes señalada será almacenada en el sistema de información de las Comisiones Médicas.

Adicionalmente, en el caso de incapacidad del solicitante para comparecer ante la Comisión Médica, la entidad que recibió la solicitud deberá remitir el certificado médico que acredite su estado de salud y la imposibilidad del solicitante de efectuar sus gestiones personalmente. De igual forma, si el solicitante aportó antecedentes médicos, éstos deberán ser remitidos a la Comisión Médica. Asimismo, serán remitidos a la Comisión los expedientes de calificación de invalidez físicos que se encuentren en poder de la Administradora e IPS, ciñéndose a las medidas de control y resguardo establecidas en el Título XIII del presente Libro. Toda la documentación antes señalada deberá ser enviada a la Comisión Médica a más tardar al quinto día hábil siguiente de recibida la solicitud de pensión por las AFP o de verificados los requerimientos legales que dan derecho a una PBSI, identificada con el mismo folio de la solicitud y acompañada de un inventario de antecedentes médicos, cuya copia será firmada y timbrada por el funcionario administrativo de la Comisión en señal de conformidad con los antecedentes recibidos.

Cada vez que se efectúe un traspaso de cuenta individual, los expedientes de calificación de invalidez que existan en poder de la Administradora deberán adjuntarse al resto de la documentación del afiliado, de acuerdo al procedimiento definido en el Título VI del Libro I.

1.2 Reemplázase la segunda oración del primer párrafo del número 4., por la siguiente:

“En caso de no comparecencia del solicitante, la Comisión Médica emitirá un dictamen de cierre administrativo del expediente, siempre que previamente haya cursado al afiliado o solicitante dos citaciones dentro de los plazos que establece la letra g) del número 2, del Capítulo XIII de la presente Letra D.”

2. Agréganse a continuación del único párrafo del número 6. del Capítulo IV. PROCEDIMIENTO DE RECLAMO DEL DICTAMEN DE INVALIDEZ, de la letra D. PENSIÓN DE INVALIDEZ, los siguientes dos párrafos nuevos:

“Considerando que el artículo 11 del D.L. N° 3.500, de 1980, no contempla para las ISAPRE la posibilidad de reclamar ante la Comisión Médica Central, respecto de los dictámenes de invalidez, facultad que tampoco está prevista en el inciso 8° del artículo 197, del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.933, entre otros cuerpos legales, es procedente acoger a tramitación los Recursos de Reposición Administrativos que las ISAPRE interpongan en contra de los dictámenes de invalidez, que resuelvan una solicitud de declaración de invalidez requeridas por éstas, siempre que se trate de un trámite sin solicitud de pensión de invalidez asociada y que el dictamen no haya sido objeto de reclamo por parte del afiliado afectado.

En consecuencia, en términos generales, no procede el Recurso de Reposición Administrativo en contra de los dictámenes de invalidez emitidos por las Comisiones Médicas Regionales, ni respecto de los dictámenes emitidos por la Comisión Médica Central Ampliada.”.

3. Agrégase el siguiente Capítulo XIII nuevo a la letra D. PENSIÓN DE INVALIDEZ:

“CAPÍTULO XIII. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA CALIFICACIÓN Y REVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ POR LAS COMISIONES MÉDICAS

1. Locales, personal y equipamiento

Las Administradoras deberán velar por que los locales en que funcionen las Comisiones Médicas reúnan las siguientes características:

- a) Ubicación: Los locales deben estar ubicados cercanos al centro de la respectiva ciudad, con disponibilidad de locomoción que facilite una concurrencia expedita desde diversos lugares.
- b) Acceso: En caso que el local esté ubicado en edificio de departamentos, éste debe contar con ascensor amplio o estar ubicado en un primer piso sin escalinatas de acceso o con rampa. Los edificios en que se ubiquen los locales de las Comisiones Médicas deben cumplir con las disposiciones contenidas en el D.S. N° 201, de 1998, de Vivienda y Urbanización.

- c) Independencia: Las Comisiones Médicas deberán funcionar con absoluta independencia de los locales de las respectivas Administradoras de Fondos de Pensiones o Instituto de Previsión Social y deben estar ubicadas independiente de centros médicos, hospitales o compañías de seguros.
- d) Infraestructura: Cada local debe contar con sala de espera, oficinas o lugar para personal de secretaría, consultas médicas, sala de sesiones y baños tanto para el público como para el personal, elementos de higiene y seguridad, iluminación adecuada, sistemas de calefacción y equipos de acondicionador de aire.

La amplitud, número y características de cada una de las dependencias dependerá de la clasificación por tamaño que se haya hecho de la Comisión Médica. Está estrictamente prohibido a las Comisiones Médicas exhibir artículos de escritorio o elementos que hagan referencia a una Administradora de Fondos de Pensiones, Compañía de Seguros, Institución de Salud Previsional (ISAPRE) , Instituto de Previsión Social u otras entidades comerciales o de servicios.

- e) Mobiliario: Las oficinas deberán contar con mobiliario adecuado, estructura para archivos, extintores y luces de emergencia en los lugares que corresponda.
- f) Comunicaciones: Las Comisiones Médicas deberán contar con sistemas de comunicación expeditos que permitan operar en forma ágil con conexión independiente de teléfonos, con correo electrónico y acceso vía Internet a la página del sistema de apoyo a la gestión de las Comisiones Médicas (SAGCOM) o sistema de información. Además, deberán disponer de un sistema de distribución de correspondencia o correo postal.
- g) Sistema de Información: Las Comisiones Médicas Regionales deberán disponer de un Sistema de Información interconectado entre todas ellas y la Comisión Médica Central, que apoye la gestión del Sistema de Calificación de Invalidez, permitiendo registrar cada solicitud de calificación de invalidez, administrar expedientes electrónicos de invalidez, conocer en todo momento el estado de trámite de una solicitud de pensión de invalidez y facilitar el cumplimiento de las obligaciones normativas y de procedimientos que establece el presente Capítulo. Además, de todo el equipamiento computacional y tecnológico que se requiera para otorgar el soporte a dicho sistema informático.

Del mismo modo, dicho sistema debe permitir el acceso directo de esta Superintendencia a la información de los procesos individuales, a los reportes que dispone dicho sistema y a la respectiva Base de Datos. Los cambios que se introduzcan al sistema de información deberán contar con la aprobación de esta Superintendencia.

- h) Implementos médicos: Los elementos que a continuación se indican son indispensables para dotar a las Comisiones Médicas del equipamiento médico básico para su funcionamiento:
 - Camillas con sábanas clínicas desechables
 - Negatoscopio

- Fonendoscopio
- Balanza
- Cartabón
- Esfingomanómetro
- Martillo de Reflejos
- Goniómetro
- Linterna y Baja lenguas
- Botiquín de primeros auxilios

- i) Identificación: Cada local deberá identificarse en forma clara y visible, como *Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones*, con un letrero que contenga el logo de esta Superintendencia, con los colores institucionales.

En ningún caso se podrá hacer mención o publicidad a las Administradoras de Fondos de Pensiones o Instituto de Previsión Social, en los locales donde funcionen las respectivas Comisiones Médicas.

Además, se deberá exhibir en un lugar visible al público, el horario de atención y un panel informativo que contenga los nombres de los médicos integrantes de la Comisión y del o de los Médicos Asesores del Afiliado.

De igual modo, deberán mantener un letrero informativo que señale que la tramitación de la solicitud de pensión de invalidez es gratuita, tanto en la AFP como en el Instituto de Previsión Social y en la Comisión Médica y no requiere intermediarios, de acuerdo al siguiente tenor:

Sr. (a) usuario (a)

Informamos a usted que el trámite de solicitud de pensión de invalidez es gratuito, tanto en las Administradoras de Fondos de Pensiones como en el Instituto de Previsión Social y en las Comisiones Médicas de la Superintendencia de Pensiones, salvo en lo que respecta al financiamiento de exámenes que le sean requeridos por la Comisión, siempre que a usted le corresponda un porcentaje de copago. El procedimiento de calificación del grado de invalidez está regulado por la ley, de modo que no requiere de intermediarios.

Toda duda en relación al beneficio de pensión de invalidez debe ser aclarada en la AFP a la cual se encuentra incorporado(a) o en el Instituto de Previsión Social, sin costo alguno. Es su derecho conocer toda la información necesaria sobre el trámite que se encuentra realizando.

COMISIÓN MÉDICA _____ REGIÓN

- j) Archivos: Los locales de las Comisiones Médicas deben contar con espacios físicos o bodegas, destinados a mantener los archivos físicos, así como condiciones necesarias para los archivos magnéticos.

- k) Personal administrativo: Las Comisiones Médicas deben contar con el personal de secretaría y administrativo que se requiera, el que deberá ser permanentemente capacitado.

2. Tramitación de las solicitudes de calificación de invalidez ante las Comisiones Médicas Regionales

Las normas contenidas en este número regulan la tramitación de las solicitudes de calificación de invalidez suscritas por trabajadores afiliados a las Administradoras de Fondos de Pensiones y por las personas que se encuentran postulando a una pensión básica solidaria de invalidez, de acuerdo a lo previsto por la Ley N° 20.255. Se aplican también a las solicitudes de revaluación de invalidez, de calificación de invalidez a requerimiento de ISAPRE y de beneficiarios de pensión de sobrevivencia.

Cada una de las etapas de tramitación de las solicitudes de calificación de invalidez deberán quedar registradas en el expediente electrónico de calificación contenido en el sistema de información de las Comisiones Médicas, con el detalle de las fechas correspondientes y sus responsables, así como los antecedentes relevantes de cada una de las respectivas etapas, los que formarán parte del expediente electrónico.

Para poder ingresar información al expediente electrónico o efectuar alguna tarea preestablecida, cada funcionario sea administrativo o médico debe estar previamente acreditado en el sistema informático con una clave de acceso personal e intransferible.

a) Recepción de la solicitud de calificación de invalidez en la Comisión Médica Regional

Los antecedentes necesarios para la calificación de invalidez deben ser enviados a la Comisión Médica Regional por la AFP o el IPS, en forma electrónica vía Web Service, de acuerdo a lo establecido en el número 1. del Capítulo III de la presente Letra D y en el número 1. del Capítulo I de la Letra B del Título V.

b) Revisión de la solicitud de calificación de invalidez

El análisis de admisibilidad de la solicitud de calificación de invalidez por la Comisión Médica, deberá efectuarse a más tardar al día hábil siguiente de recibida y deberá, al menos, considerar lo siguiente:

- i. Verificar la competencia territorial de la Comisión para pronunciarse acerca del grado de invalidez del solicitante.

Si el solicitante es trabajador dependiente, la calificación de su invalidez debe efectuarla la Comisión Médica de la región en que se ubica el domicilio del empleador de aquél.

Cuando el trabajador desempeñe sus labores habituales en una región diferente a aquella en que se ubica la casa matriz del empleador, la calificación de su invalidez

corresponderá a la Comisión Médica de la región en que efectivamente se ubica el lugar de trabajo o faena.

Si el solicitante es trabajador independiente, no está trabajando, está desempleado o sus servicios se encuentren suspendidos, la calificación de su invalidez deberá efectuarla la Comisión Médica de la región en que se ubica el domicilio particular de aquél.

Cuando el trabajador solicitante se encuentre acogido a licencia médica, la calificación de su invalidez deberá efectuarla la Comisión Médica de la región en que se ubique el lugar de reposo médico indicado en la respectiva licencia.

- ii. Verificar que los antecedentes remitidos a través de los medios electrónicos por las AFP e IPS estén completos y sin errores.
- iii. Constatar que los documentos mencionados en el inventario de antecedentes médicos, se adjunten en su totalidad.
- iv. Verificar que se trate de trabajadores afiliados menores de sesenta y cinco años de edad a la fecha de presentación de la solicitud de pensión en la Administradora. En el caso de los solicitantes de PBSI debe verificarse que se trate de solicitantes de 18 años o más, pero menores de 65 años de edad, entendiendo que una persona tiene esta condición hasta 30 días antes de cumplir dicha edad.
- v. Si los datos previsionales contenidos en sus sistemas de información lo permiten, verificar que los solicitantes no tengan la condición de pensionados en el sistema de capitalización individual o tengan en trámite una solicitud de calificación de invalidez, en alguna Comisión Médica Regional. Respecto a la calificación de invalidez por requerimiento de ISAPRE deberá considerar lo señalado en el número 4 de este Capítulo y en la letra a) del número 2 del Capítulo VII de la Letra H del presente Título.
- vi. Verificar si el interesado registra una solicitud de pensión y calificación de invalidez con dictamen ejecutoriado, presentada con anterioridad.

Si se detectare la existencia de un expediente anterior no enviado a la Comisión, deberá solicitarlo por escrito dentro del plazo de un día hábil. A su vez, la entidad previsional deberá remitirlo en un plazo no superior a los 2 días hábiles contado desde la recepción de la solicitud. Si al cabo de este plazo, la Comisión Médica no recibe el expediente, procederá a cursar una irregularidad por "Información Incompleta o Inexistente" y dará inicio al proceso de calificación o revaluación sin el expediente anterior. La Comisión Médica deberá intentar reconfigurar el expediente en base a los antecedentes médicos y administrativos disponibles en el sistema de información. En forma similar se deberá proceder con la falta del expediente anterior de solicitudes de PBSI, que deben ser remitidos por el Instituto de Previsión Social.

Los primeros días de cada mes, cada Comisión Médica Regional deberá comunicar a esta Superintendencia los casos calificados o reevaluados sin expediente en el mes inmediatamente anterior, distinguiendo por AFP e IPS.

Una vez recibido el expediente anterior, deberá registrarse la fecha de recepción en el sistema de información.

El hecho que se encuentre pendiente la recepción de expedientes anteriores, no debe retardar el registro, ingreso, asignación y evaluación de la respectiva solicitud de calificación de invalidez.

En el caso de las solicitudes de calificación de invalidez para beneficiarios, si el solicitante registra una solicitud anterior, pero como trabajador afiliado, habiéndose declarado su invalidez en esa condición, aun cuando se trate de una invalidez transitoria, resulta inoficioso una nueva evaluación, de modo que el primer dictamen es suficiente para que acredite su calidad de inválido para efectos del beneficio de pensión de sobrevivencia. En ese evento, la Solicitud de Calificación de Invalidez como beneficiario deberá ser devuelta a la Administradora, mediante oficio conductor, señalando las razones del caso.

Cuando la Comisión Médica reciba una solicitud de calificación de invalidez suscrita por mandatario deberá entender, por el sólo hecho de haberse tramitado ésta por la Administradora o el IPS, que el mandato reúne las condiciones previstas por las normas de esta Superintendencia y ha sido aprobado por la entidad previsional. Dicho mandato debe permanecer en poder de la AFP o el IPS, de modo que no será incorporado en los antecedentes de invalidez.

c) Devolución de solicitudes sin tramitar

Si como resultado del proceso de verificación a que se refiere la letra b) anterior, la Comisión Médica Regional concluye que la solicitud de calificación de invalidez no cumple con las condiciones que hacen admisible su trámite, a más tardar al día hábil siguiente de la revisión, procederá a devolver sin tramitar las solicitudes de calificación de invalidez por medio del sistema informático y adicionalmente por oficio cuando corresponda devolver documentación física, señalando a la respectiva entidad la o las causales de devolución.

A su turno, dentro de los 2 días hábiles siguientes de la fecha en que reciba la solicitud devuelta, la respectiva entidad deberá subsanar las objeciones formuladas por la Comisión y remitirla debidamente corregida, en caso que corresponda.

La Comisión anotará en el sistema de información las irregularidades que impidan o dificulten la adecuada evaluación de invalidez, ya sea por falta de información, inconsistencias o por el atraso en la recepción de aquélla. El registro deberá contener, al menos, la fecha en que se detectó la irregularidad, el emisor de la información, el tipo de

irregularidad el nombre del solicitante, el número del expediente y la indicación de la documentación de respaldo de la irregularidad.

Excepcionalmente en estos casos, la Comisión Médica podrá omitir la devolución de la solicitud, acogiéndola a trámite si cuenta con antecedentes indicativos de que el estado de salud del solicitante así lo amerita. Complementariamente, deberá requerir por escrito a la entidad remitente que, dentro de los dos días hábiles siguientes proporcione, complemento o corrija los datos en cuestión.

En el evento que la solicitud de calificación recibida corresponda ser tramitada por otra Comisión Médica Regional, deberá generar oficio informando la irregularidad a la entidad remitente e ingresar ésta en el sistema de información; asimismo deberá transferir la solicitud a la CMR que corresponda, vía sistema de información, y remitirle la respectiva documentación.

En el caso que una solicitud fuese tramitada en una CAPRI, la AFP debe enviar a la Comisión Médica, tanto los datos por Web Service como la solicitud original para acreditar la fecha de recepción en la CAPRI. Dicha solicitud se ingresará al expediente electrónico.

d) Ingreso de las solicitudes de calificación de invalidez acogidas a trámite

Se entiende ingresada una solicitud de calificación de invalidez a la Comisión Médica Regional respectiva, cuando aquélla es aceptada en el sistema de información, asignándole el código correlativo de identificación.

Una vez admitida a trámite una solicitud, cada movimiento interno debe ser registrado en el sistema de información de las Comisiones Médicas. Del mismo modo, la información de las solicitudes deberá estar permanentemente actualizada en virtud del estado de trámite en que se encuentre el expediente. El sistema de información debe permitir un acceso rápido y expedito a los antecedentes de cada solicitud.

El sistema de información deberá registrar la información remitida por el receptor de la solicitud, según se establece en la letra a) de este número, y la información referida al proceso de calificación al interior de la Comisión, debiendo considerar al menos:

- Estado del trámite: dictaminado no ejecutoriado, dictaminado ejecutoriado, en apelación CMC, apelación resuelta CMC, en apelación SUSESO, apelación resuelta SUSESO.
- Médicos asignados.
- Comparecencias del solicitante a la Comisión.
- Movimientos del expediente en la Comisión.
- Solicitudes de exámenes, informes, fichas clínicas y/o certificaciones a entidades administradoras del seguro de la Ley N° 16.744.
- Sesión en que se discute el caso.
- Antecedentes del dictamen o acuerdo.

e) Confección del expediente de calificación de invalidez

El expediente de calificación de invalidez electrónico estará contenido en el sistema de información. El expediente deberá incluir:

1. Dictamen de invalidez.
2. Acuerdos de suspensión del plazo.
3. Antecedentes de la solicitud de calificación de invalidez y, cuando corresponda, documentación remitida por las AFP e IPS, a que se refiere el número 1 del Capítulo III de la presente Letra D.
4. Informe de cobertura remitido por la AFP, de acuerdo a lo dispuesto en la letra f) del Capítulo II de la presente Letra D.
5. Entrevista por el médico asignado (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas).
6. Anamnesis por médico asignado (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas).
7. Examen Físico por médico asignado (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas).
8. Conclusiones (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas).
9. Sesión (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas).
10. Antecedentes Médicos aportados por el solicitante, los cuales se escanearán cuando corresponda.
11. Peritajes, exámenes e informes médicos obtenidos a través del sistema de interconsultores.
12. Expediente de Calificación de Invalidez anterior, si corresponde
13. Informe de la ISAPRE, cuando corresponda.
14. Fotocopias de las Licencias Médicas remitidas por la ISAPRE, cuando corresponda.

El expediente debe contener un inventario de la documentación anexa no digitalizable, que debe ser resguardada materialmente, entre la que puede encontrarse el expediente anterior. Los documentos médicos y exámenes imageneológicos tanto físicos como digitales deberán ser archivados en un sobre especial y mantenidos en un lugar destinado especialmente para ello, ordenados por número de expediente o según apellido paterno del solicitante.

Los formularios a que se refieren los números 5. a 9. anteriores, constituyen el expediente médico propiamente tal y serán elaborados electrónicamente.

Una vez dictaminado un caso, no se podrá modificar, aclarar o suprimir, información alguna del expediente.

f) Revisión y asignación del expediente

El expediente de calificación de invalidez deberá ser revisado y asignado por el Presidente de la Comisión en un plazo de un día hábil de aceptada la solicitud en el sistema informático.

El Presidente deberá efectuar un análisis preliminar del expediente y procederá a asignar el estudio del caso a uno de los médicos integrantes de la Comisión para entrevista y examen físico, o remitirá a interconsultas o exámenes médicos en forma previa a la mencionada entrevista y examen, o determinará visita médica domiciliaria.

En caso que el afiliado esté cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia, el expediente debe ser derivado al médico asesor. En los casos en que se encargó el caso a un médico interconsultor domiciliario, por la imposibilidad del afiliado de concurrir personalmente a la Comisión, el médico asesor deberá conocer el informe del médico interconsultor domiciliario y los otros antecedentes médicos que corresponda, para pronunciarse respecto si está o no fundada la respectiva solicitud, lo cual deberá informarse por carta al afiliado.

En los casos considerados como fundados por el médico asesor y una vez sancionados por parte del Presidente, el médico asesor deberá conocer todos los antecedentes médicos disponibles, previo a la sesión, con el fin de ejercer su derecho a voz durante la presentación del caso en sesión. Si el asesor funda la solicitud, deberá asesorar al afiliado en el trámite de apelación, alegaciones o recursos, según corresponda.

g) Citación y comparecencia del solicitante

En un plazo de cinco días hábiles contado desde la fecha en que fue aceptada la solicitud de calificación de invalidez, el funcionario administrativo de la Comisión Médica deberá citar al interesado para que concurra a entrevista preliminar y/o examen que practicará el médico asignado, o para retirar orden de examen o interconsulta. Para el envío de la citación deberá utilizarse el mecanismo más ágil y confiable dependiendo de las características geográficas del domicilio del solicitante. La citación por carta deberá ceñirse al modelo contenido en el Anexo N° 1 de la presente Letra D.

La fecha para la comparecencia del interesado deberá ser fijada dentro de los diez días hábiles siguientes a la asignación de la solicitud en la Comisión Médica Regional. Desde el día siguiente de verificada la comparecencia, se inicia el plazo de sesenta días dispuesto por la ley para que la Comisión emita el correspondiente dictamen de invalidez. Para el caso del solicitante visitado en su domicilio, centro hospitalario o centro penitenciario en el que se encuentre internado, se considerará como fecha de comparecencia la de concurrencia del médico interconsultor domiciliario.

El proceso de evaluación y calificación de invalidez es indelegable, por lo tanto, el solicitante está obligado a comparecer ante la Comisión Médica, salvo en los casos de imposibilidad por razones de salud, evento que debe ser acreditado con un certificado de

su médico tratante o con antecedentes clínicos que certifiquen dicha condición o acreditación de trámite domiciliario realizado por la AFP o IPS, según corresponda, o documentos jurídicos que indiquen que el solicitante está privado de libertad, lo que implicará una evaluación médica domiciliaria.

Si el interesado no concurre el día y hora fijados para el efecto, la Comisión deberá cursarle una nueva citación en el plazo de un día hábil, fijando la nueva fecha de comparecencia; las dos citaciones médicas deben estar separadas por un máximo de diez días hábiles entre ellas. En caso de no comparecencia del solicitante, la Comisión Médica emitirá un dictamen de cierre administrativo en un plazo no menor a 30 días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud de calificación de invalidez fundado en la no comparecencia del solicitante, el cual no es reclamable. Cabe señalar que este procedimiento no será aplicable a las solicitudes de reevaluación del grado de invalidez, puesto que el Reglamento del D.L. N° 3.500, de 1980, establece un procedimiento especial de término ante la no comparecencia del pensionado por invalidez transitoria.

Cuando la citación tenga por finalidad que el interesado concorra a retirar una orden para peritaje o examen, la Comisión deberá informar en términos claros y precisos al interesado si debe concurrir al examen con cierta preparación previa.

El médico asignado que efectúe la entrevista y examen físico deberá constatar la identidad del solicitante de calificación de invalidez con la cédula de identidad de éste, o pasaporte, según corresponda, previamente verificada por el personal administrativo de la Comisión Médica. Esta verificación se efectuará cada vez que el afiliado o solicitante concorra ante la Comisión.

h) Visita médica domiciliaria

Si el solicitante no puede concurrir personalmente a la Comisión por los motivos acreditados señalados en la letra anterior, el médico asignado y/o Presidente deberá encargar el caso a un médico interconsultor domiciliario mediante el formulario contenido en el Anexo N° 2 de la presente Letra D. El certificado médico no será necesario si de los antecedentes contenidos en el expediente el médico asignado puede inferir la imposibilidad física del solicitante para concurrir.

A su turno, el médico domiciliario deberá visitar al solicitante en su domicilio, centro hospitalario o centro penitenciario, en que se encuentre internado, dentro del plazo de 5 días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la orden de examen médico interconsultor domiciliario. Excepcionalmente, la Comisión podrá aceptar que la visita domiciliaria sea efectuada en día inhábil, pero dando aviso previo al solicitante. En todo caso, la visita médica deberá verificarse entre las 8:00 y 21:00 horas.

El profesional deberá constatar la identidad del afiliado o solicitante o beneficiario solicitante de calificación de invalidez con la cédula de identidad de éste. Acto seguido procederá a examinarlo, dejando constancia en su informe de las razones que impiden al solicitante concurrir a la Administradora, al IPS y a la respectiva Comisión Médica. Por

último, deberá obtener la firma o huella digital del solicitante, si es analfabeto o no está en condiciones de firmar. Sin embargo, la Comisión deberá advertir a los interconsultores domiciliarios que tratándose de solicitantes que debido a la naturaleza de sus afecciones se encuentren en estado de inconciencia, sopor, coma, etc., la firma o huella digital debe requerirse a quien se encuentre asistiéndolo, tenga o no vínculo de parentesco dejando consignada dicha condición en la respectiva orden médica. El interconsultor deberá también consignar en la orden médica el hecho que el propio afiliado o sus familiares impidan que se efectúe el examen.

El informe deberá contener, además, anamnesis, examen físico y conclusiones, los cuales deberá revisar el médico asignado perteneciente a la Comisión Médica Regional, consignando sus conclusiones en el expediente electrónico de calificación de invalidez.

Igual procedimiento deberá aplicarse cuando un solicitante no pueda concurrir por los motivos acreditados señalados anteriormente, a la revaluación correspondiente.

i) Evaluación del médico asignado

Durante la evaluación del médico asignado, éste deberá completar los diferentes campos según formato del expediente electrónico de calificación de invalidez:

- Causal médica probable de la solicitud: Cuando se trate de una calificación de invalidez o revaluación, el médico deberá llenar este ítem con la información obtenida del propio solicitante, sobre los problemas de salud que a juicio de este último sean la razón por la cual está presentando la solicitud.
- Anamnesis y Examen Físico: Deberán ser completados, durante la evaluación que efectúe el médico asignado, en el expediente electrónico de calificación de invalidez, cuyos campos son obligatorios.

Para completar la anamnesis, el médico asignado deberá obtener del solicitante toda la información respecto de las enfermedades o afecciones que presenta, su evolución y los tratamientos efectuados. Asimismo, deberá obtener antecedentes respecto del posible origen profesional o accidente laboral de las afecciones que invoca el solicitante como posibles causas de menoscabo laboral.

La información obtenida en la anamnesis sólo tendrá el carácter de referencial y deberá ser ratificada con el examen físico practicado y con los informes médicos, exámenes de laboratorio y de especialidad, proporcionados por el requirente o solicitados por el médico asignado.

El examen físico comprenderá el general y segmentario, en este último el médico asignado deberá anotar separadamente el examen físico practicado a cada uno de los segmentos, en el expediente electrónico de calificación de invalidez del sistema de información.

Al finalizar dicha evaluación el médico asignado deberá completar la tabla donde se consignan los impedimentos, tanto invocados por el solicitante como los encontrados durante el examen físico, que deban ser evaluados durante el proceso.

El solicitante que lo desee, puede aportar nuevos exámenes o antecedentes médicos al momento de realizarse la entrevista, examen físico o durante el proceso de calificación, mientras la Comisión no haya emitido su dictamen de invalidez.

En cualquier etapa del proceso en que éstos sean recibidos, el funcionario administrativo estampará en ellos timbre de la Comisión y la fecha de recepción, luego de lo cual procederá a escanearlos y adjuntarlos en el expediente electrónico, consignando en el sistema la fecha de su recepción. Este procedimiento deberá ser efectuado dentro del plazo de un día hábil contado desde la recepción de la documentación. La documentación original será devuelta al solicitante, timbrada como recepcionada en el mismo momento de su entrega. En caso de aportar antecedentes no digitalizables (ejemplo, placas radiográficas), éstos formarán parte del expediente.

El médico asignado o el Presidente deben considerar la información o antecedentes provenientes del médico tratante, sin perjuicio del carácter referencial de la misma.

j) Solicitud de exámenes clínicos, evaluaciones e informes médicos y peritajes

El requerimiento de exámenes o antecedentes médicos o repetición de los mismos, deberá ser realizado por el médico asignado al caso o por el Presidente, quedando registrado en el expediente electrónico.

Los exámenes, evaluaciones, informes y peritajes deberán obtenerse sólo a través de los profesionales e instituciones inscritos en el Registro Nacional de Interconsultores. Aquéllos se registrarán por las normas del Capítulo XII de la presente Letra D.

Cada vez que la Comisión Médica decreta evaluaciones, peritajes o exámenes a través de interconsultores, entregará al interesado o al interconsultor, cuando éste tenga acceso al sistema de información, una "Orden de Examen Laboratorio o Especialidad" (Anexo N° 3 de la presente Letra D) u "Orden de Examen Médico Interconsultor" (Anexo N° 4 de la presente Letra D), la cual debe ser dirigida al laboratorio o especialista seleccionado, consignando lo siguiente:

- Código y nombre del examen solicitado según arancel del régimen de prestaciones de salud de la Ley N° 18.469.
- Firma del Presidente o médico integrante de la Comisión Médica.
- Hora del examen, que será solicitada por el funcionario administrativo de la Comisión. En caso de no concurrencia del solicitante, será responsabilidad de éste conseguir otra hora.

- Porcentaje del arancel correspondiente al grupo 1 del régimen de prestaciones de salud de la Ley N° 18.469, y valor que debe pagar el interesado o beneficiario.

La orden de examen se entregará al solicitante en un sobre cerrado con la leyenda "*Para ser abierto sólo por destinatario*". Deberá informarse al solicitante el valor de su cargo. En el caso que el interconsultor se encuentre incorporado al sistema informático, las órdenes generadas quedarán a su disposición a través del sistema, y se le entregará al solicitante una citación que indique los datos mínimos necesarios para su concurrencia.

Cuando concurra un tercero a retirar la orden de examen a nombre del interesado deberá presentar su cédula de identificación, fotocopia de la cédula nacional de identidad del titular, un poder simple extendido por éste para el efecto y deberá dejar constancia de la recepción de la orden de examen. El poder simple que lo autoriza para retirar la orden, formará parte del expediente electrónico.

Cuando se trate de exámenes solicitados a aquellos solicitantes impedidos de asistir a la Comisión para la calificación de su invalidez, el médico interconsultor domiciliario podrá solicitar a la Comisión Médica las órdenes de examen que considere pertinentes.

Si a juicio del Presidente de la Comisión, el examen solicitado conlleva algún tipo de riesgos para la salud del interesado, se deberá requerir previamente una autorización escrita de su parte o de su familiar más cercano (cónyuge, hijo, padre o madre) en caso que se encuentre incapacitado. La autorización deberá efectuarse mediante la suscripción del formulario "Autorización para exámenes, procedimientos y hospitalización" (Anexo N° 5 de la presente Letra D), el cual formará parte del expediente electrónico.

Asimismo, en caso que el examen requerido por el médico asignado o interconsultor tenga un alto costo, que no esté contemplado en las Normas de Evaluación o no esté codificado en el arancel FONASA, el Presidente podrá autorizarlo sólo cuando lo estime imprescindible al propósito de calificar y su resultado pueda definir una clase distinta de la ya configurada con los exámenes corrientes. Para ello, el Presidente deberá solicitar por escrito su incorporación en el sistema (código, precio y prestador del convenio), indicando los motivos de dicha solicitud para su aprobación por esta Superintendencia.

Una vez que la Comisión Médica reciba el informe del interconsultor junto con la orden de interconsulta suscrita por el examinado, deberá revisar los antecedentes y dará su visto bueno a través de un timbre o leyenda en la orden, que indique: "*Esta Comisión certifica que el peritaje realizado corresponde a lo solicitado y a lo que se consigna en boleta o factura N°*", registrando, además, el nombre del funcionario responsable de su recepción.

El ejemplar debidamente timbrado por la Comisión Médica Regional se entregará junto con la boleta al interconsultor para que proceda al cobro de sus honorarios o valores de las prestaciones médicas.

Los informes de los interconsultores y los resultados de los exámenes formarán parte del respectivo expediente electrónico. Sin perjuicio de lo anterior, se debe incorporar el informe original firmado por el interconsultor en el expediente físico, junto con los exámenes no digitalizables.

k) Evaluación del impedimento por parte del médico asignado

En esta etapa del trámite, el médico asignado debe efectuar una revisión y análisis de toda la información que disponga: informes médicos y exámenes de laboratorio o de especialidad, anamnesis, información laboral contenida en la ficha de datos personales, examen físico practicado, u otros antecedentes contenido en el expediente, registrando en el correspondiente formulario del expediente, los diagnósticos y los porcentajes de menoscabo determinados de acuerdo a las normas técnicas vigentes y su recomendación respecto a la calificación de invalidez.

l) Revisión del expediente por el Presidente de la Comisión

Una vez concluida la evaluación, el médico asignado deberá liberar el expediente para la revisión del Presidente de la Comisión, previo a su ingreso a la sesión respectiva.

El Presidente deberá revisar y visar el expediente, determinando si procede incluirlo en la tabla de la próxima sesión o si se requiere efectuar otros exámenes o interconsultas distintas de las que hubiere solicitado el médico asignado. En este último caso, el expediente será devuelto al médico asignado para que complete el estudio.

m) Sesión

La sesión es la reunión de los miembros integrantes de la Comisión Médica, que tiene por objeto dictaminar o resolver en relación a cada solicitud de calificación de invalidez.

La sesión quedará constituida con la asistencia de a lo menos dos de los médicos que integran la Comisión Médica Regional. Además, podrán asistir a la sesión de la Comisión Médica Regional, el médico observador de las Compañías de Seguros, el médico asesor del afiliado y el médico tratante del afiliado, en los términos establecidos por el D.L. Nº 3.500, de 1980, y su reglamento.

La Comisión Médica podrá acordar la concurrencia a la sesión de médicos-cirujanos u otros profesionales, informantes, peritos o tratantes, para que acudan a la sesión en representación del solicitante. La concurrencia e información del profesional referido, no podrá dar origen a una discusión. Terminada su exposición y sólo una vez que haya hecho abandono de la reunión, la Comisión abrirá debate sobre el caso y procederá a emitir su dictamen.

La Comisión, antes de resolver, podrá acordar también, la comparecencia personal del solicitante.

Las sesiones se deberán celebrar en las oficinas de la Comisión Médica, las sesiones ordinarias a lo menos una vez a la semana, en día hábil y dentro del horario establecido. El Presidente de la Comisión podrá citar a sesión extraordinaria cuando lo estime pertinente en razón al número de casos pendientes.

En las sesiones deberán tratarse los casos que se encuentren en condiciones de ser dictaminados y con el visto bueno del Presidente de la Comisión.

A lo menos con 24 horas de anticipación a la sesión que corresponda, los miembros integrantes de la Comisión deberán disponer de la tabla de la sesión (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas). Sin perjuicio de lo anterior, en caso de requerirse, se podrán incluir nuevos expedientes hasta antes de iniciada la sesión. Dicha tabla comprenderá lo siguiente:

- i. La nómina de casos cuya invalidez será dictaminada, indicando el nombre del solicitante de pensión de invalidez, y el nombre del médico a quien se le asignó el estudio del caso.
- ii. La nómina de casos para los cuales se deberá acordar la suspensión, indicando el nombre del solicitante de pensión de invalidez o de revaluación y la causa de dicha suspensión.
- iii. La nómina de casos cuya solicitud será rechazada por causa administrativa, indicando el nombre del solicitante y la causal de rechazo.
- iv. Información que dará el Presidente referente a instrucciones o normativa recibida.
- v. Toma de conocimiento y cúmplase de las Resoluciones de la Comisión Médica Central

Respecto al estudio de cada caso, el médico asignado debe hacer una relación del expediente. Al término de cada exposición del caso a estudiar el Presidente abrirá debate y el médico secretario incorporará en el sistema informático, durante la sesión, la discusión y conclusión de cada uno de los casos. Los dictámenes se aprobarán por acuerdo de la mayoría de los miembros de la Comisión o con voto de minoría. En situaciones especiales el Presidente podrá poner término al debate de la sesión y posponer la decisión hasta una próxima reunión.

De cada sesión se levantará un acta fiel y exacta de todo lo tratado en la reunión, consignándose las opiniones de los miembros, la que será anexada al expediente electrónico. Particular importancia reviste la existencia de esta acta, por ser un documento que puede ser requerido por los Tribunales de Justicia u otros organismos. En el acta se dejará constancia de cada caso tratado, del acuerdo respectivo y si éste fue adoptado por unanimidad de sus miembros o con voto de minoría. El acta de la sesión deberá ajustarse al contenido establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las

Comisiones Médicas. El acta deberá ser aprobada y firmada electrónicamente por cada uno de los miembros de la Comisión.

El dictamen de la Comisión quedará también consignado en el expediente, por lo cual deberá ser completado al momento de la sesión y podrá ser suscrito con firma material o firma electrónica avanzada, en un plazo máximo de tres días hábiles de sesionado el caso.

n) Suspensión del plazo para dictaminar

La suspensión del plazo de dictamen, a que se refiere el número 5. del Capítulo III de la presente Letra D, deberá ser acordado en sesión. Dicha suspensión no deberá exceder de 60 días. Cuando el vencimiento del plazo sea en día sábado, domingo o festivo, éste se prorrogará hasta el día hábil siguiente.

Sin embargo, el plazo de suspensión podrá prorrogarse cuando la Comisión determine la concurrencia de alguna de las siguientes causales: por existir exámenes o análisis pendientes; por encontrarse pendientes atenciones médicas requeridas dentro del plazo, pero postergadas por razones administrativas en los servicios médicos a los que debe recurrir el solicitante; por existir razones clínicas que precisan la postergación de los exámenes que deba practicarse el solicitante; por haberse efectuado consultas al Servicio de Salud respectivo sobre la causa de la incapacidad que presenta el afiliado, en relación con la Ley N° 16.744 o con cualquiera otra disposición legal que contemple la protección contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

El Acuerdo de Suspensión emitido por la Comisión Médica, deberá ser notificado a las partes intervinientes en el proceso, esto es, solicitante, Administradora de Fondos de Pensiones a la cual éste se encuentra incorporado, Instituto de Previsión Social y Compañía de Seguros, según proceda. La notificación se efectuará remitiendo el original del acuerdo, mediante correo certificado, a más tardar el tercer día siguiente al de la adopción del acuerdo en sesión. Si la causal de la prórroga se debe a una consulta al Servicio de Salud o Mutualidad de Empleadores, cuya respuesta se encuentra pendiente, respecto de un eventual origen laboral de la invalidez, el acuerdo se deberá notificar además a esta entidad, en el mismo plazo.

El tiempo de prórroga será determinado en concordancias con las gestiones pendientes.

El texto del documento que comunica el Acuerdo de Suspensión del plazo para dictaminar y, fundamentalmente, la causal que lo genera, debe indicarse en términos claros para una fácil comprensión del mismo.

En el caso de las solicitudes de calificación de invalidez para beneficiarios, no procede atender al origen laboral o común de la invalidez del beneficiario en la suspensión del plazo para dictaminar, porque la incompatibilidad legal de beneficios del artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980, no resulta aplicable a las pensiones de sobrevivencia por invalidez.

ñ) Dictamen de invalidez

El dictamen que emite la Comisión Médica consiste en la calificación del grado de invalidez del afiliado o solicitante, determinada en sesión, sobre la base de la evaluación médica efectuada previamente y que se traduce en un pronunciamiento que otorgará el derecho a pensión de invalidez total o parcial, o lo negará, según corresponda.

El dictamen que emite la Comisión Médica debe quedar consignado en el Acta de la Sesión y ajustarse a los formatos contenidos en el Anexo N° 1 Formularios, del presente Título.

El documento consta de diversos ítems, los que deben ser llenados incorporando los datos del expediente de calificación de invalidez.

Asimismo, la Comisión Médica deberá consultar el informe de cobertura de los afiliados solicitantes de pensión. Dicho informe debe ser enviado por la Administradora dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la solicitud de pensión; una vez recibido por la Comisión Médica, ésta deberá incorporarlo en el respectivo expediente de calificación de invalidez.

Si transcurrido este plazo no se recepciona el informe de cobertura, se deberá consignar en el dictamen la información que registre el rubro “Compañía Aseguradora de Invalidez”, de la solicitud de calificación de invalidez.

El dictamen de revaluación del grado de invalidez del solicitante, lo emitirá la Comisión sobre la base de la nueva calificación médica de las patologías ya evaluadas, que se traduce en un pronunciamiento que ratificará o modificará el derecho a pensión de invalidez total o parcial, o lo negará, según corresponda.

Será responsabilidad del Presidente y del Secretario de la Comisión Médica la correcta emisión de los dictámenes de invalidez, para lo cual deberán validarlo con su firma electrónica avanzada.

En la revaluación por cumplimiento del plazo de tres años, el segundo dictamen no puede emitirse antes del vencimiento de dicho plazo contado desde la fecha de emisión del primer dictamen que generó el derecho a pensión por invalidez transitoria. Salvo que el afiliado cumpla la edad legal para pensionarse por vejez, durante el período transitorio, y hubiere ejercido la opción porque se emita su segundo dictamen al cumplimiento de la edad legal, en cuyo caso el segundo dictamen debe emitirse a partir de esa data. En estos casos, cuando se ha cumplido el plazo legal para dictaminar, el proceso médico se encuentra concluido y aún no se produce el cumplimiento del plazo de tres años o la edad legal para pensionarse por vejez, se debe adoptar el Acuerdo de Suspensión por el tiempo necesario, que no debe exceder de sesenta días. Si no obstante que la Comisión Médica adoptó las medidas necesarias para que el vencimiento del plazo de tres años se cumpliera dentro del término de 120 días máximos en que debe emitir el segundo dictamen, pero esta circunstancia no se hubiere logrado, sea porque el procedimiento de exámenes y peritajes se prolongó en demasía, sea porque el propio interesado solicitó

cambio de horas, etc., no procede el cierre del trámite por la causal administrativa de *Vencimiento de Prórroga*, sino completar la evaluación médica y emitir el pronunciamiento de fondo mediante el correspondiente segundo dictamen, aun excediendo el plazo máximo de 120 días.

En el evento que la imposibilidad de dictar el segundo dictamen se deba a causas imputables al solicitante, como la no comparecencia a examen ante Médico Asignado, o no practicarse los exámenes y peritajes médicos requeridos, la Comisión deberá informar a la Administradora o al IPS, de acuerdo a lo establecido en el número 2 del Capítulo VII de la presente Letra D.

Si en el proceso de reevaluación la Comisión Médica toma conocimiento que el inválido transitorio fue sometido a un trasplante de órgano, implantación de marcapasos, práctica de by-pass o cualquiera de aquellas situaciones que de acuerdo a las Normas de Evaluación se requiere de un plazo de observación clínica determinado antes de pronunciarse sobre el grado de invalidez, se debe adoptar un Acuerdo de Suspensión por el tiempo suficiente hasta que se cumpla dicho plazo, período durante el cual el solicitante continuará percibiendo su pensión de invalidez transitoria.

Si el afiliado se encuentra cubierto por el seguro, deberá registrarse en el ítem "Compañía Aseguradora de Invalidez", "Compañías de Seguros adscritas al contrato N° xxx" que corresponda, de acuerdo al informe de cobertura remitido por la AFP, según se establece en la letra f) del Capítulo II de la presente Letra D. Cuando se trate de afiliados que no se encuentran cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia, en dicho campo deberá registrarse la frase "**NO CUBIERTO**".

En el caso de las solicitudes de calificación de invalidez para beneficiarios, es necesario identificar en el rubro Compañía Aseguradora de Invalidez, a las Compañías con contrato vigente a la fecha de fallecimiento del causante o a la fecha de declaración de la invalidez, si se trata de un afiliado inválido y siempre que la Administradora hubiere informado el derecho a Aporte Adicional.

En el caso de reevaluación de invalidez, deberá consultar el informe de cobertura de los afiliados contenido en el expediente del primer dictamen. Si el afiliado se encuentra cubierto por el seguro, deberá anotar en el rubro "Compañía Aseguradora de Invalidez" del dictamen, el nombre de la Compañía de Seguros o Compañías de Seguros que mantenían contrato vigente con la Administradora a la fecha de Solicitud de Pensión de Invalidez, aun cuando a la fecha de reevaluación la Administradora mantenga contrato con otra Aseguradora. En la emisión de un segundo dictamen originado por una nueva reevaluación suscrita por un afiliado pensionado por invalidez parcial definitiva, debe tenerse presente que aun cuando hubiera estado cubierto por el seguro en su oportunidad, en las nuevas reevaluaciones ya no hay Compañía Aseguradora involucrada al siniestro, de modo que el rubro del dictamen en que usualmente se individualiza a la Aseguradora debe quedar en blanco.

o) Tramitación de las Solicitudes de Calificación de Invalidez para beneficiarios

La tramitación de las solicitudes de calificación de invalidez para beneficiarios se ceñirá a los mismos procedimientos administrativos establecidos para las solicitudes de calificación de invalidez.

Al recibir una solicitud de calificación de invalidez para beneficiarios, un funcionario administrativo deberá efectuar, en lo pertinente, el examen de admisibilidad y deberá verificar lo siguiente:

- Si existen solicitudes presentadas con anterioridad, cuyo expediente anterior no lo hubiere acompañado la Administradora, sea por omisión o porque se originó en otra Administradora. En ambos casos deberá requerir el expediente anterior a la AFP correspondiente.
- Si el beneficiario solicitante registra una solicitud anterior, pero como trabajador afiliado, habiéndose declarado su invalidez en esa condición, aun cuando se trate de una invalidez transitoria, resulta inoficioso una nueva evaluación, de modo que el primer dictamen es suficiente para que acredite su calidad de inválido para efectos del beneficio de pensión.

En ese evento, la solicitud de calificación de invalidez para beneficiario deberá ser devuelta a la Administradora, mediante oficio, señalando las razones del caso.

- Si, por el contrario, el beneficiario ya declarado inválido se presenta a calificar como trabajador afiliado, no procede una nueva evaluación pero sí emitir un único dictamen definitivo, por el cual la Comisión ratificará la invalidez otorgada, definiendo si tal incapacidad tiene o no carácter previo a la afiliación al sistema, sobre la base de la fecha de declaración de invalidez determinada en el dictamen de beneficiario. Además, para el sólo efecto de la determinación y cálculo de la pensión, deberá señalar la fecha de declaración de invalidez que debe corresponder a la de presentación de la solicitud.

El dictamen que se emita no será susceptible de reclamo y se entenderá ejecutoriado desde su notificación.

- Si al recibir una solicitud de calificación para beneficiario, la Comisión verifica que éste tiene en trámite una solicitud de calificación de trabajador afiliado, deberá devolver la solicitud para beneficiario y continuar con el procedimiento ya iniciado para trabajador afiliado hasta la emisión del correspondiente primer o segundo dictamen, según el caso, puesto que dicho dictamen será suficiente para acreditar en la Administradora la condición de inválido, de ser así declarado, en ambos beneficios.
- A diferencia de lo que ocurre con los trabajadores afiliados, los beneficiarios de pensión de sobrevivencia no tienen límite de edad para requerir su calificación.

En el caso de las solicitudes de calificación de invalidez para beneficiarios, deberá considerar lo siguiente:

- Señalar como fecha de declaración de la invalidez, aquella a contar de la cual se produjo efectivamente la invalidez. Si no es posible precisar esta fecha se deberá consignar el 1 de enero del año en que se produjo la invalidez. Si rechaza la invalidez, sólo se consignará la frase "Rechazar Invalidez" en el ítem "Por lo tanto acuerda".
- Como se señalara, la incompatibilidad del artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980, no afecta y, por tanto, no es aplicable a las calificaciones de invalidez de beneficiarios. En efecto, las pensiones de sobrevivencia por invalidez no son incompatibles con las pensiones de invalidez que el beneficiario pueda percibir por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. En consecuencia, la causal de rechazo administrativo por incompatibilidad de beneficios que afecta a los trabajadores afiliados, es inaplicable en la calificación de invalidez de beneficiarios.
- De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 74 del D.S. N° 57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que contiene el Reglamento del D.L. N° 3500 de 1980, las pensiones de sobrevivencia de beneficiarios inválidos tendrán siempre el carácter de definitivas. Por lo tanto, la declaración de invalidez de los beneficiarios no está sujeta a revaluación y el dictamen que así lo declara tiene carácter de único dictamen.
- El dictamen de beneficiario sólo tiene por efecto determinar si el solicitante tiene la calidad de inválido parcial o total y la fecha a contar de la cual se produjo el menoscabo laboral. No otorga derecho a pensión de invalidez ni de sobrevivencia, sino que habilita al beneficiario a acceder a una pensión de sobrevivencia siempre que concurren los demás requisitos legales. Las pensiones de sobrevivencia se devengan desde la muerte del afiliado causante, razón por la cual no procede señalar fecha de devengamiento alguna en el dictamen.

Cuando se trate de un dictamen modificatorio, a que se refiere el número 5. del Capítulo III de la presente Letra D, en el rubro *VISTO* deberá señalar el o los antecedentes tenidos a la vista; en el rubro *CONSIDERANDO* deberá indicar las causas o consideraciones de hecho y derecho que justifican la modificación, y en el rubro *ACUERDA* deberá especificarse el dictamen que se rectifica y las modificaciones que se resuelven.

Cuando un dictamen de invalidez adolezca de vicio de nulidad o manifiestamente la Comisión haya incurrido en error al evaluar el grado de invalidez del solicitante, no susceptible de corregir por la vía de apelación, en el ejercicio del principio de revocabilidad de los actos administrativos, consagrado en el artículo 61 de la Ley N° 19.880, podrá revocar o dejar sin efecto el referido dictamen, el que en todo caso será susceptible de reclamo.

Las glosas que conforman el dictamen se deben remitir a las instrucciones particulares de esta Superintendencia.

p) Notificación del dictamen de invalidez

El dictamen de invalidez y revaluación emitido por la Comisión Médica Regional debe ser notificado por carta certificada a las partes intervinientes en el proceso de calificación según corresponda: afiliado o solicitante, Administradora de Fondos de Pensiones correspondiente, Instituto de Previsión Social, Compañía de Seguros sólo si se trata de un afiliado cubierto por el Seguro de Invalidez y Supervivencia, ISAPRE y SEREMIS.

La notificación a las partes involucradas, se efectuará remitiendo el original del dictamen, a más tardar al tercer día de tomado el acuerdo por la Comisión.

Un dictamen de invalidez se entiende notificado al tercer día siguiente a la recepción de la carta certificada en la oficina de correos que corresponda.

A más tardar a los tres días hábiles de ejecutoriado el primer, segundo o único dictamen de la Comisión que declare una invalidez parcial o total o que la rechace, deberá ser notificado a las siguientes entidades interesadas: entidad pagadora de subsidios, sólo si el afiliado solicitante se encuentra acogido a subsidios por incapacidad laboral; institución empleadora en el caso de trabajadores del sector público, municipal docente o poder judicial, siempre que otorgue pensión de invalidez; solicitante; Administradora respectiva; Instituto de Previsión Social, y Compañías de Seguros con las cuales se hubiere contratado el seguro para el pago del aporte adicional, en caso que el afiliado se encuentre cubierto por el seguro.

Para estos efectos, la Comisión Médica deberá enviar al solicitante y a la entidad pagadora de subsidios, cuando corresponda, mediante correo certificado, una copia del dictamen de invalidez, el cual llevará impresa en el ángulo superior derecho la siguiente leyenda: "**Dictamen ejecutoriado con fecha**". Cada ejemplar se acompañará de una carta tipo, cuyo formato se adjunta en el Anexo N° 6 de la presente Letra D. En el caso de la notificación a la institución empleadora del sector público, sector municipal docente o poder judicial, se deberá enviar el original del respectivo documento.

La notificación a la Administradora, al IPS y a las Compañías de Seguros se efectuará por nómina en un solo acto. La nómina llevará un encabezado *Notificación de Dictámenes de Invalidez Ejecutoriados AFP* (*INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE VIDA.....*). Posteriormente, debe identificar a los solicitantes involucrados, con nombre completo y número de cédula nacional de identidad, número y fecha del dictamen y fecha a contar de la cual se entiende ejecutoriado.

Si se hubiere presentado reclamo en contra del dictamen, se deberá retener la notificación a la entidad pagadora de subsidios y a la institución empleadora, hasta que la Comisión Médica Central haya emitido la resolución y ésta se entienda ejecutoriada.

Una vez resuelto el reclamo y al día siguiente de la sesión en que la Comisión Médica Regional tomó conocimiento de la Resolución de la Comisión Médica Central, deberá enviar mediante correo certificado la respectiva Resolución, al solicitante, la AFP, el IPS y a las Compañías de Seguros, según corresponda.

q) Inventario y retiro de expedientes de calificación de invalidez

Para el efecto, deberá estarse a las instrucciones a que se refiere el Capítulo II del Título XIII y el Capítulo II de la Letra M del Título V, ambos del presente Libro III, referidos a la foliación y retiro de expedientes de invalidez desde las Comisiones Médicas Regionales por las AFP y el IPS, respectivamente.

El procedimiento de retiro de expedientes en las Comisiones Médicas debe efectuarse a lo menos una vez al mes.

Con la debida antelación al día y hora acordados, el funcionario administrativo de la Comisión designado para este efecto, deberá ordenar los expedientes físicos que se encuentren para retiro, con sus radiografías y documentación original que debe estar contenida en el expediente electrónico. Cuando el expediente electrónico no cuente con documentación física, en ningún caso deberá imprimirse para su retiro.

El formulario *Retiro de Expedientes de Invalidez*, contenido en Anexos del Título XIII y de la Letra M del Título V, del presente Libro III, deberá dejarse en la tapa del expediente o expedientes físicos. A dicho formulario no se le podrán efectuar modificaciones o enmiendas.

La constancia de retiro de los expedientes, según formato contenido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas, deberá incluir un resumen de todos los expedientes que retira la Administradora o el Instituto de Previsión Social, según corresponda, y deberá ser suscrito por ambos funcionarios.

La Comisión deberá velar porque las Administradoras y el IPS observen el necesario resguardo de los expedientes que retiran, debidamente empaquetados y sellados, que garantice la seguridad e integridad de toda la documentación durante su traslado.

La Comisión Médica deberá requerir la identificación del personal designado por la Administradora y el IPS para el retiro de expedientes, de modo tal que será improcedente permitir el acceso a los expedientes al personal que no registre autorización vigente.

En el evento que las Administradoras o el IPS no efectúen oportunamente el respectivo retiro, las Comisiones Médicas deberán informar este hecho, por correo electrónico, al Jefe de la Agencia de la Administradora o Jefe Cabecera de Región del IPS e incluir esa circunstancia en el Informe Mensual de Irregularidades.

Cuando el volumen de expedientes de calificación de invalidez lo justifique, las Comisiones Médicas deberán disponer de un espacio físico especialmente destinado al procedimiento de inventario y retiro de expedientes.

Las Administradoras y el Instituto de Previsión Social deben informar a las Comisiones Médicas Regionales, con copia a esta Superintendencia, la nómina de los trabajadores autorizados para inventariar y retirar los expedientes, y comunicar oportunamente los cambios. La Comisión Médica deberá requerir la identificación del referido personal, de modo tal que será impropio permitir el acceso a los expedientes al personal que no registre autorización vigente.

r) Emisión de certificado para acreditar calificación de invalidez

Los afiliados o solicitantes que, para efectos de cursar licencias médicas u otros fines, necesiten acreditar que su trámite de calificación se encuentra pendiente en la Comisión Médica Regional o Central, podrán solicitar un certificado en que conste este hecho.

Dicho certificado deberá ser extendido siempre por la Comisión Médica Regional en el formulario contenido en Anexo N° 7 de la presente Letra D, independientemente que el procedimiento de calificación o reevaluación de invalidez se encuentre en etapa de reclamo o recursos ante la Comisión Médica Central. Lo anterior considerando que corresponde a la Comisión Médica Regional practicar las notificaciones de los dictámenes y resoluciones de invalidez, de modo que a ésta consta si los dictámenes o resoluciones se encuentran o no ejecutoriados.

s) Libro de reclamos y sugerencias

La Comisión Médica deberá contar con un Libro de Reclamos y Sugerencias, el cual deberá estar a la vista de todos los solicitantes que concurran a las oficinas de la Comisión Médica.

En su tapa superior deberá contener un rótulo con la leyenda *COMISIÓN MÉDICA.....REGIÓN, LIBRO DE RECLAMOS Y SUGERENCIAS.*

El solicitante que utilice este libro, deberá estampar su nombre, cédula nacional de identidad, firma y fecha de la anotación.

El Presidente de la Comisión Médica deberá tomar conocimiento mensualmente de las anotaciones pertinentes, adoptar las medidas tendientes a resolver los reclamos e informar a esta Superintendencia, adjuntando fotocopia de lo estampado en dicho libro e indicando, de acuerdo al mérito de la queja, las acciones que se han tomado para subsanarla.

3. Confidencialidad y resguardo de la información

a) Deber de reserva y resguardo

El personal administrativo y médico de la Comisión debe mantener la más absoluta reserva respecto de la información médica y antecedentes que conforman el expediente de calificación de invalidez, sin perjuicio del derecho del titular de una solicitud de calificación o reevaluación de invalidez, de conocer en cualquier momento, el estado de su tramitación.

Sobre este particular, es necesario tener en consideración la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada, que entre otras materias protege y regula el tratamiento de los datos personales, estableciendo derechos para los titulares de los mismos, obligaciones para los administradores de datos de carácter personal en registros o bancos de datos, además de sanciones por el incumplimiento de sus disposiciones.

Por otra parte, respecto de los datos personales que se refieren a los estados de salud físicos o psíquicos, conforme con el inciso segundo del artículo 127 del Código Sanitario, las recetas médicas, análisis y exámenes de laboratorio clínicos y servicios relacionados con la salud son reservados y sólo podrá revelarse su contenido o darse copia de ellos con el consentimiento expreso del paciente otorgado por escrito, quedando afecto a las sanciones establecidas por dicho cuerpo legal quienes divulguen su contenido indebidamente.

Los datos y antecedentes contenidos en los expedientes de calificación de invalidez son reservados, de carácter personal y sensible. Por lo tanto, la utilización de los datos personales contenidos en los referidos expedientes sólo puede efectuarse cuando la ley lo autorice, exista consentimiento expreso de su titular, o sean datos necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a sus titulares.

En consecuencia, el personal administrativo y médico sólo puede dar a conocer el estado del trámite de evaluación y calificación de invalidez de un solicitante, directamente al propio afectado cuando éste lo solicite, personalmente o por carta certificada.

Excepcionalmente, esta información puede ser entregada a terceras personas a solicitud del propio afectado, siempre que presenten un poder simple y la cédula nacional de identidad del titular, o mandato especial extendido por escritura privada o pública.

No procede la entrega de datos en forma telefónica o por correo electrónico. En este último caso, en tanto no se encuentre implementado un sistema de firma electrónica.

La Administradora de Fondos de Pensiones a la cual se encuentre incorporado un trabajador afiliado que registra una solicitud de calificación de invalidez en trámite, propia o de algún beneficiario, podrá consultar acerca del estado del trámite. Igual disposición aplicará al Instituto de Previsión Social.

Procederá la entrega, a las entidades pagadoras de subsidios, de información del estado del trámite de invalidez, patologías invalidantes, porcentaje de menoscabo asignado a cada una de ellas, o la entrega de copia de los respectivos dictámenes y resoluciones de invalidez, sólo si su requerimiento obedece a la necesidad de determinar u otorgar beneficios de salud que correspondan a sus titulares. El requerimiento debe ser formulado por escrito.

Las disposiciones precedentes se entenderán sin perjuicio de los requerimientos que en el ejercicio de sus facultades fiscalizadoras formule esta Superintendencia.

Durante el trámite de calificación de invalidez los expedientes físicos y la documentación original deben permanecer en la respectiva Comisión Médica, debidamente resguardados.

b) Acceso al expediente

El acceso y tratamiento de los expedientes de calificación de invalidez corresponde exclusivamente a los médicos integrantes y personal administrativo de la Comisión Médica. Sin perjuicio de los accesos autorizados, al titular de los antecedentes, al médico asesor y observador, así como a los profesionales interconsultores y al personal de esta Superintendencia en el ejercicio de su función fiscalizadora.

Durante el período de apelación, el acceso al expediente por las partes involucradas (afiliado o solicitante, Compañías de Seguros de Vida, Instituto de Previsión Social, médico observador, médico asesor o médico tratante), tiene por objeto la obtención de antecedentes que permitan fundar los reclamos ante la Comisión Médica Central. El acceso permite leer los antecedentes médicos y tomar nota o transcribir lo que ellos contienen, pero en ningún modo, otorgar copias o impresiones de tales antecedentes, en tanto no se encuentre ejecutoriado el correspondiente dictamen.

El afiliado o solicitante de pensión o calificación de invalidez podrá acceder al respectivo expediente directamente o a través de una tercera persona, en este último caso, entregando una autorización escrita en la que manifieste expresamente que lo autoriza para ese efecto o por mandato especial constituido por escritura privada o pública, en cuyo caso el mandato deberá contener entre las facultades conferidas la de consultar el expediente. La autorización o mandato aludidos, formarán parte del respectivo expediente electrónico. Tendrán acceso al expediente el solicitante o su médico tratante sólo durante el proceso de apelación de un dictamen o una vez que éste se encuentre ejecutoriado.

El médico observador de las Compañías de Seguros tendrá acceso a los expedientes de calificación de invalidez sólo respecto de los afiliados cuyos riesgos de invalidez se encuentren cubriendo las citadas Compañías. Este profesional deberá estar autorizado ante la Comisión Médica Regional, debiendo acreditar su identidad en el sistema de información con firma electrónica avanzada, otorgándosele acceso al expediente completo sin posibilidad de imprimir ni copiar los archivos, una vez autorizado, en forma previa a la sesión, por el Presidente de la Comisión.

Por su parte, los representantes de las compañías de seguros, designados para presentar las apelaciones, podrán acceder a los expedientes de los casos cubiertos sólo una vez que los correspondientes dictámenes hayan sido notificados y durante el período de apelación, debiendo acreditar su identidad en el sistema de información con firma electrónica avanzada, otorgándosele acceso al expediente completo sin posibilidad de imprimir ni copiar los archivos.

El Presidente de la Comisión o el médico asignado al caso, podrán autorizar el acceso a los antecedentes médicos u otros datos necesarios para una adecuada evaluación por parte de los interconsultores. Tal autorización quedará registrada en el expediente electrónico. En ningún caso, el expediente físico podrá ser retirado de la Comisión.

c) Devolución de antecedentes médicos o entrega de fotocopias al solicitante

Los solicitantes que son evaluados y calificados para efectos de pensión, son los titulares de los datos y antecedentes que conforman los expedientes de invalidez, no obstante que por disposición de la ley tales antecedentes forman parte de dichos expedientes, cuya custodia corresponde a las Administradoras de Fondos de Pensiones o al Instituto de Previsión Social, según corresponda, y no procede su devolución. Sin perjuicio de ello, una vez ejecutoriado el correspondiente dictamen, podrán entregarse a aquéllos fotocopias de los antecedentes que componen el respectivo expediente. En cuanto a los antecedentes médicos, cabe distinguir entre los que aportó el afiliado o solicitante y que también forman parte del expediente y aquéllos recabados durante el procedimiento de calificación, por intermedio del sistema de interconsultores. Respecto de los primeros, para la entrega de las fotocopias que se soliciten, basta la autorización del Presidente de la Comisión Médica Regional respectiva; en cambio, respecto de los segundos, para la entrega de fotocopias es necesaria la autorización de la Comisión Médica Central, la que podrá ser realizada por correo electrónico dirigido a la Presidencia de la Comisión Médica Central. En modo alguno procede la devolución de los documentos originales.

La solicitud de tales antecedentes debe ser efectuada por el titular de los mismos u otra parte involucrada en el proceso, personalmente y por escrito, salvo que tal gestión sea encomendada a un tercero, mediante un poder simple en donde se identifique claramente al mandante y al mandatado. La entrega de las fotocopias de dichos documentos debe ser también personal, debiendo quedar registro de ese hecho en el sistema de información. Aquellas solicitudes que requieran autorización de la Comisión Médica Central, deben efectuarse de igual modo por intermedio de las Comisiones Médicas Regionales.

Tales requerimientos deberán ser atendidos en un plazo no superior a 2 días hábiles si el expediente se encuentra en poder de la Comisión y no mayor a diez días hábiles si el expediente se encuentra en poder de la AFP o IPS.

4. Calificación de invalidez requerida por ISAPRE

En virtud de lo establecido en el inciso octavo del artículo 197 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.933, entre otros cuerpos legales, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) pueden solicitar, en casos calificados, a las Comisiones Médicas Regionales de esta Superintendencia, la declaración de invalidez de sus cotizantes, que se encuentren afiliados al sistema de pensiones.

El citado precepto contiene un mandato legal para las Comisiones Médicas de calificar el grado de invalidez de los cotizantes de ISAPRE, afiliados a las AFP, independiente que el afiliado respecto de quien se solicita su calificación de invalidez, reúna o no los requisitos establecidos en el D.L. N° 3.500, de 1980, para pensionarse por invalidez, por cuanto la declaración que emane de esa solicitud, sólo producirá efectos para lo solicitado por la ISAPRE, es decir, en el ámbito de la salud.

Corresponde exclusiva y excluyentemente a la ISAPRE, la determinación de caso calificado, para efectos de requerir o no la declaración de invalidez del cotizante. Según se ha pronunciado la Superintendencia de Salud, no constituye requisito para estas solicitudes el hecho que el afiliado se encuentre acogido a licencia médica.

Al respecto se aplicarán las normas a que se refiere el número 2. del Capítulo VII de la Letra H del presente Título. A su vez, la tramitación de estas solicitudes en las Comisiones Médicas se ceñirá a los mismos procedimientos administrativos establecidos para las solicitudes de calificación de invalidez.

El financiamiento de exámenes, peritajes, informes y otros procedimientos y el reembolso de los honorarios se regirán por lo establecido en el Capítulo X de la presente Letra D. En el evento que la Comisión ordene el traslado del afiliado a otra región, deberá dirigir a la ISAPRE, por intermedio del mismo afiliado, un oficio informando la necesidad de traslado, medio de transporte y eventualidad de estadía y/o acompañante, de modo que la Institución de Salud disponga las medidas para su financiamiento.

En caso de calificación de invalidez simultánea a requerimiento de una ISAPRE y del trabajador afiliado, sea que se remitan conjuntamente a la Comisión Médica o en fechas diferentes, la Comisión debe preparar un expediente, practicar una sola evaluación y calificación de invalidez y emitirá un dictamen de invalidez para cada solicitud. Habiéndose emitido dictamen de trabajador afiliado y por requerimiento de ISAPRE, que declaran la invalidez del afiliado, la Comisión Médica deberá acompañar a la notificación del dictamen por requerimiento de ISAPRE, la carta tipo contenida en el Anexo N° 8 de la presente Letra D. El reclamo a cualquiera de los dictámenes comprende necesariamente el conocimiento de ambos, por parte de la Comisión Médica Central. Del mismo modo, la Comisión Médica Central emitirá su fallo, a través de una sola Resolución, alcanzando sus efectos a ambos dictámenes de invalidez.

Si durante la tramitación simultánea de una solicitud de calificación de invalidez a requerimiento de ISAPRE y de pensión por invalidez de trabajador afiliado la Comisión Médica constata que, además de los menoscabos de origen común invocados por la ISAPRE, el afiliado

es beneficiario de pensión por invalidez de origen laboral o profesional, o presenta menoscabos presumiblemente de origen laboral o profesional, podrá, excepcionalmente, emitir dos dictámenes pronunciándose en distinto sentido. En efecto, si comprueba el goce actual de pensión por invalidez conforme a la Ley N° 16.744 u otro cuerpo legal que contemple la protección contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, deberá por una parte declarar la incompatibilidad de beneficios establecida en el artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980, mediante dictamen de trabajador afiliado y, por la otra, pronunciarse a través de un dictamen por requerimiento de ISAPRE, acerca del grado de invalidez que provoquen los menoscabos de origen común, sin incorporar en esta evaluación las afecciones de origen laboral.

Si el origen laboral de alguna de las afecciones que presenta el trabajador afiliado sólo se presume, es decir no existe declaración como tal por parte del Organismo competente, la Comisión Médica deberá solicitar la evaluación de éstas al Organismo competente y, de acuerdo a sus resultados, emitir su dictamen, sea declarando la incompatibilidad de beneficios, o pronunciándose acerca del grado de invalidez, según el procedimiento general en estos casos. Ambos dictámenes deben ser emitidos al mismo tiempo.

En cuanto a la sesión en que se dictamine una solicitud de calificación de invalidez a requerimiento de ISAPRE, cabe hacer presente que el médico observador de las Compañías de Seguros debe abstenerse de conocer la evaluación y calificación de estas solicitudes, por cuanto las Compañías no son parte en ellas, salvo que se trate de un trámite simultáneo de solicitudes y siempre que el afiliado se encuentre cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia. De igual forma la notificación del acuerdo que contiene la suspensión del plazo para dictaminar no debe remitirse a la Compañía de Seguros, salvo que se trate de un trámite simultáneo de calificación, si correspondiere y el afiliado se encontrare cubierto por el seguro de invalidez.

El dictamen de invalidez por requerimiento de ISAPRE, cuyo formulario se presenta en el Anexo N° 1. Formularios del presente Título I, podrá disponer una de las siguientes conclusiones:

- Por las afecciones que presenta el trabajador, se declara la invalidez para efectos exclusivos de lo solicitado, a contar de la fecha en que quede ejecutoriado el presente dictamen.
- Las afecciones que presenta el trabajador le provocan una pérdida menor del 50% de su capacidad de trabajo y por lo tanto lo declara no inválido.
- Por existir medidas terapéuticas pendientes, no se configura la invalidez en los términos del D.L. N° 3.500, de 1980 y, por lo tanto, lo declara no inválido.
- Agotado el plazo de 60 días sin haber comparecido el (la) afiliado (a) antes individualizado (a) a las citaciones de fechas y, notifíquese a la Entidad requirente que no fue posible llevar a efecto la calificación y evaluación de invalidez solicitada.
- Agotado el plazo legal para dictaminar y la negativa del (la) afiliado (a) antes individualizado (a) a practicarse los exámenes y peritajes médicos requeridos por la Comisión, notifíquese a la Entidad requirente que no fue posible llevar a efecto la calificación y evaluación de invalidez solicitada.

5. Convenios Internacionales de Seguridad Social

El proceso de evaluación y calificación de la invalidez, así como el de revaluación del grado de invalidez, en el marco de los Convenios Internacionales de Seguridad Social suscritos entre Chile y diversos países, se verificará conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", a las presentes normas, a las disposiciones del Título IV de este Libro III y a las instrucciones específicas que imparta la Superintendencia.

Para efectos de calificar la invalidez de los trabajadores o beneficiarios con residencia actual en el país con el que se establece el convenio y cotizaciones en Chile, se crea la Comisión Médica de Convenios Internacionales, con sede en la ciudad de Santiago, integrada por tres Médicos Informantes pertenecientes a la Comisión Médica de la Región Metropolitana. Esta Comisión Médica de Convenios Internacionales, es presidida por un Presidente de la Comisión Médica de la Región Metropolitana. Uno de los Médicos Informantes cumple funciones de Médico Secretario. La subrogación será automática y el quórum para sesionar de a lo menos dos miembros.

a) Registro de solicitudes Convenio Internacional

La Comisión deberá llevar un *Registro de Solicitudes de Convenio Internacional*, que contenga todos los antecedentes de una solicitud común, incluyendo además una columna para indicar el país de convenio.

Se considerará como fecha de solicitud de pensión de invalidez la de suscripción por el afiliado en el Organismo de Enlace del país en convenio.

La Comisión Médica de Convenios Internacionales se denominará con el código CCI y un número correlativo propio para estos efectos.

Cada país sujeto de Convenio se designará por una sigla conformada por las tres primeras letras de su nombre, si dos de ellos coinciden en la sigla, podrá utilizarse una cuarta letra para diferenciarlos.

b) Ficha de Trámite Interno

Consiste en el conjunto de información y datos atinentes a la solicitud y a su titular que debe ser ingresada al sistema computacional una vez admitida ésta a trámite, como también cada movimiento interno de la solicitud que genere la calificación o revaluación de invalidez del solicitante, afiliado o beneficiario involucrado. Esta Ficha debe estar asociada al número de Rol asignado a la solicitud de que se trate, como a su titular.

La información de las fichas deberá estar permanentemente actualizada en virtud del estado de trámite en que se encuentre el expediente y el Sistema debe permitir un acceso rápido y expedito para consultas de afiliados y de casos ejecutoriados.

Por tratarse de un proceso que requiere de la intervención de los Organismos de Enlace de ambos países contratantes, la ficha de trámite interno debe consignar todos los movimientos de la documentación del mismo.

c) Expediente de Calificación de Invalidez

El expediente de calificación de invalidez se enumerará como sigue: Código de la Administradora de Fondos de Pensiones, compuesto por sus cuatro dígitos; Código de la Comisión Médica de Convenios Internacionales; Sigla del país en convenio, de acuerdo a lo señalado precedentemente; Correlativo de la Solicitud, cuatro dígitos; Cuatro dígitos para el año en curso.

El expediente se conformará con la siguiente documentación:

- 1° Solicitud de Calificación de Invalidez acogida a Convenio Internacional, suscrita por la Administradora.
- 2° Solicitud de Pensión de Invalidez suscrita por el afiliado en el país sujeto de Convenio;
- 3° Copia de oficio mediante el cual al Superintendencia remite la Solicitud de Pensión de Invalidez a la Administradora.
- 4° Informe de Solicitudes anteriores, tramitadas en Chile o en el extranjero.
- 5° Conclusión Médico Informante - Hoja C-1 (Anexo N° 9 de la presente Letra D)
- 6° Dictamen de la Comisión - Hoja C-2 (Anexo N° 10 de la presente Letra D)
- 7° Listado Antecedentes Médicos.
- 8° Todos los antecedentes generados durante el proceso calificadorio.

La fecha de vencimiento del plazo legal, que será de diez días contados desde la Solicitud de Calificación de Invalidez se consignará en la Ficha de Trámite Interno.

d) Archivo

La Comisión mantendrá un archivo especial para los expedientes en trámite derivados de los Convenios Internacionales.

e) Conocimiento del Presidente de la Comisión Médica

El Presidente tomará conocimiento de los antecedentes que conforman el Expediente de Calificación de Invalidez y designará el Médico Informante.

f) Plazo para dictaminar

El plazo para dictaminar será de diez días, contado desde la fecha en que la Comisión Médica reciba la solicitud de calificación de invalidez o los exámenes complementarios solicitados.

g) Médico Informante

El Médico Informante designado por el Presidente deberá resumir los antecedentes aportados, efectuar un estudio del caso y proponer la asignación de menoscabo conforme a las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones. Asimismo, deberá llenar la Hoja C-1 (Conclusión Médico Informante) del Anexo N° 9 de la presente Letra D.

En virtud de que el afiliado reside fuera de Chile, la Comisión Médica evaluará y calificará la invalidez con los antecedentes médicos aportados por el Organismo de Enlace del país en convenio.

h) Exámenes médicos complementarios

La Comisión Médica, en caso de estimarlo estrictamente imprescindible para la evaluación y calificación de la invalidez, solicitará que se practiquen nuevos exámenes al afiliado.

El Presidente de la Comisión Médica informará de ello a la Administradora, adjuntando una solicitud que detalle el tipo de examen requerido (Anexo N° 11 de la presente Letra D).

En caso que el afiliado se encontrase en dicho momento en Chile, la Comisión Médica de Convenios Internacionales deberá solicitar a la Comisión Médica Regional, según jurisdicción, someter al interesado a la realización de dichos exámenes complementarios.

Asimismo, la Comisión Médica Regional deberá solicitar a la Administradora de Fondos de Pensiones que informe el porcentaje de cargo del afiliado respecto al arancel establecido en la Ley N° 18.469, en los términos que señalan los artículos 42, 43 y 44 del D.S. N° 57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

i) Acuerdo de suspensión del plazo

En el caso de ser necesario solicitar exámenes complementarios al afiliado, se deberá emitir un Acuerdo de Suspensión del Plazo, hasta la recepción de los mismos (Anexo N° 12 de la presente Letra D).

El Acuerdo de Suspensión del Plazo, deberá ser comunicado a la Administradora y a la Compañía de Seguros, en caso que corresponda.

Una vez recibidos los exámenes solicitados, la Comisión Médica dispondrá de un plazo de diez días para dictaminar.

j) Dictamen de invalidez

El Dictamen de Invalidez deberá emitirse en el formato diseñado para el Convenio Internacional, Anexo N° 13 de la presente Letra D, especificando el país en convenio de que se trate, de acuerdo a lo siguiente:

“VISTO: La Solicitud de Pensión de Invalidez del afiliado ya individualizado, de fecha....., conforme al Convenio Internacional Chile-....., promulgado por el D.S. N°....., de....., del Ministerio de Relaciones Exteriores, los antecedentes e informes médicos consignados en el Expediente de Calificación de Invalidez N°, y de acuerdo a los artículos 4º y 11º del D.L. N° 3.500, de 1980.

RUBROS “POR LO TANTO ACUERDA” Y “DEVENGAMIENTO DE LA PENSIÓN”

De conformidad a la normativa vigente, la declaración de la invalidez y el devengamiento de la pensión para estos trabajadores afiliados será la fecha de presentación de la Solicitud de Pensión en el Organismo Competente del País en Convenio.

POR LO TANTO ACUERDA:

Aceptar invalidez transitoria parcial /total a contar del (fecha de la solicitud de pensión en el Organismo Competente del País en Convenio)

DEVENGAMIENTO DE LA PENSIÓN:

“La invalidez para efectos del goce de la pensión respectiva, se devenga a contar del fecha de presentación de la solicitud de pensión”.

En tanto las razones no sean imputables al afiliado, la Comisión Médica deberá abstenerse de rechazar administrativamente la invalidez por falta de antecedentes, exámenes o informes médicos.

Los dictámenes de beneficiario de pensión de sobrevivencia se emitirán de conformidad al formato del Anexo N° 14 de la presente Letra D.

k) Notificación del dictamen

El dictamen deberá ser notificado a la Administradora y Compañía de Seguros, según corresponda, en documento original por correo certificado dentro del tercer día de emitido.

l) Reclamo en contra del dictamen de invalidez ante la Comisión Médica Central

Si el dictamen de invalidez o reevaluación rechaza la invalidez, la Administradora podrá reclamar en representación del afiliado.

El reclamo deberá presentarse por escrito en la Comisión Médica de Convenios Internacionales, debiendo la Administradora especificar si el reclamo se interpone a nombre propio o en representación del afiliado.

El plazo de interposición de reclamos corresponde al del procedimiento común.

m) Revaluación del grado de invalidez

Una vez solicitado por la Administradora, de acuerdo al Título IV del presente Libro, la Comisión Médica de Convenios Internacionales tendrá un plazo de 15 días hábiles contados desde la fecha de recepción del requerimiento, para enviar a la Administradora la nómina de exámenes médicos que se requieren para efectuar la reevaluación del grado de invalidez

Una vez recibidos los antecedentes médicos requeridos, la Comisión Médica tendrá un plazo de diez días hábiles para emitir el dictamen correspondiente, el que estará sujeto a los procedimientos de notificación y reclamo definidos para el primer dictamen. El dictamen se emitirá conforme al formato Anexo N° 15 de la presente Letra D.

n) Notificación del dictamen ejecutoriado o resolución CMC

A más tardar al tercer día hábil siguiente de ejecutoriado el primer dictamen, éste deberá ser notificado al afiliado en su país de residencia, a la Administradora de Fondos de Pensiones y a la Compañía de Seguros, en caso que corresponda, consignando su calidad de dictamen ejecutoriado.

Mediante oficio ordinario, conforme al formato Anexo N° 16 de la presente Letra D, se notificará a la Superintendencia de Pensiones, adjuntando copia del dictamen ejecutoriado.

ñ) Trabajador no afiliado con residencia en Chile

El trabajador residente en Chile que no se encuentra afiliado a ningún sistema previsional y desee obtener una pensión de invalidez en un país de convenio, podrá solicitar indistintamente a la Superintendencia de Pensiones, o a la COMPIN de las SEREMI de Salud, que se efectúe un estudio clínico de sus patologías.

En el supuesto que la Superintendencia de Pensiones sea requerida para ello, el estudio corresponderá a la Comisión Médica de Convenios Internacionales.

La Comisión Médica efectuará un estudio de las patologías invocadas como invalidantes, para cuyos efectos solicitará los peritajes médicos y exámenes de apoyo que sean

necesarios.

El financiamiento de los exámenes será íntegramente de cargo del interesado. Atendido que el afiliado tiene derecho a la restitución de estos pagos por parte del Organismo Competente del país en convenio, la Comisión Médica deberá solicitar al médico o institución, las boletas o facturas que acrediten dichos pagos, y deberá remitirlos conjuntamente con los antecedentes médicos complementarios a la Administradora.

No corresponderá en estos casos asignación de menoscabo porcentual, ni emitir pronunciamiento sobre el grado de invalidez.

Concluido el estudio clínico, el Médico Asignado deberá llenar el Informe Médico Detallado que corresponda y enviarlo a la Superintendencia conjuntamente con los antecedentes médicos reunidos en el proceso.

o) Trabajador afiliado con residencia actual en Chile

Los solicitantes de calificación de invalidez afiliados y con residencia actual en Chile pueden acogerse a Convenios Internacionales sobre Seguridad Social si registran cotizaciones en el país sujeto a convenio.

Al momento de suscribir la solicitud de calificación de invalidez en la Administradora de Fondos de Pensiones, el afiliado deberá completar los formularios necesarios para su trámite en el país de convenio. La AFP deberá informar a la Comisión Médica Regional que se trata de una calificación de invalidez de esta naturaleza.

p) Entrevista Preliminar

Una función adicional que se establece a la Comisión Médica Regional en este tipo de solicitudes, es el llenado por el Médico Asignado del Informe Médico Detallado, formato que se utilizará de conformidad al país en convenio de que se trate, el que será informado por la Superintendencia.

Para el cumplimiento de este cometido, el Médico Asignado deberá procurar un examen físico suficientemente acucioso de manera tal, que le permita contar con la información necesaria para completar los antecedentes médicos que requiere cada Informe Médico en particular.

Es posible además, que en el caso de afiliados evaluados y calificados con anterioridad, se requiera a la Comisión Médica complete el Informe Médico Detallado para ser remitido al país de convenio, para lo cual si en el expediente no se encuentran todos los antecedentes médicos necesarios, deberá citar al paciente y obtener la información requerida en la citada ficha médica.

q) Envío de antecedentes a la Administradora

Una vez ejecutoriado el dictamen de invalidez, la Comisión Médica deberá remitir a la Administradora, dentro de los tres días hábiles siguientes, los documentos que se indican:

- Dictamen Ejecutoriado.
- Copia de todos los antecedentes e informes médicos que sirvieron de fundamento a la decisión de aprobar o rechazar la invalidez.
- Informe Médico Detallado.

r) Exámenes médicos complementarios solicitados por el país en convenio

Para efectos del beneficio de pensión de invalidez en el país de convenio, el Organismo Competente respectivo, conforme a sus propias pautas, evaluará y calificará los antecedentes médicos remitidos desde Chile.

En caso que el país de convenio solicitara exámenes médicos complementarios a través de la Superintendencia, se requerirá a la Comisión Médica respectiva que los efectúe por medio de las instituciones del Registro de Interconsultores.

La Comisión Médica deberá solicitar al médico o institución, las boletas o facturas que acrediten dicho pago, y deberá remitirlos conjuntamente con los antecedentes médicos complementarios a la Administradora.

6. Afiliados que presentan afecciones invalidantes de origen laboral

El procedimiento a aplicar para determinar la procedencia de calificar la invalidez conforme al D.L. N° 3.500, de 1980, dependerá de si la afección de origen laboral ha sido declarada o no por organismo competente.

a) Afección de origen laboral no declarada

En este caso, el trabajador afiliado puede encontrarse en las situaciones que se indican a continuación.

i. Presenta sólo afección invalidante de origen laboral:

Si durante el estudio de una solicitud de calificación de invalidez, el médico presume que la causa o naturaleza de la afección que lo incapacita es provocada, desencadenada o influenciada por un accidente del trabajo o enfermedad profesional, deberá dejar constancia de este antecedente en el expediente electrónico y solicitar a la COMPIN o Mutualidad de Empleadores, según corresponda, la calificación y evaluación de la invalidez de origen laboral. Para este efecto, deberá utilizar la carta tipo contenida en el Anexo N° 17 de la presente Letra D, la que se enviará junto con la fotocopia de los antecedentes médicos.

Si no se ha recibido el informe solicitado sobre calificación de invalidez, el médico asignado al estudio del caso deberá entregar el expediente al Presidente de la Comisión, para que se acuerde la suspensión del plazo para dictaminar en la sesión anterior al cumplimiento de los 60 días contados desde la fecha en que el afiliado concurrió a entrevista con el médico asignado.

Recibido el informe correspondiente, dentro del plazo de sesenta días o dentro del plazo de suspensión acordado, la Comisión Médica deberá dictaminar de acuerdo al resultado del informe:

- Si la resolución descarta el origen laboral de la incapacidad, la Comisión deberá calificar y evaluar la invalidez invocada.
- Si la resolución establece que la incapacidad es de origen laboral, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez por incompetencia legal. En esta eventualidad, el dictamen a emitir será el siguiente:

“CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al informe N°(o Resolución N°.....) de la COMPIN del Servicio de Salud(o de la Mutualidad de Empleadores.....), de fecha....., el afiliado presenta sólo patologías de origen laboral y que esta Comisión Médica carece de competencia legal para evaluar dichas patologías.

POR LO TANTO ACUERDA:

Rechazar Solicitud de Pensión de Invalidez.

OBSERVACIONES:

El afiliado solicitante puede requerir la evaluación de sus afecciones de origen laboral ante el Organismo competente de la Ley N° 16.744.”

Si el informe no es recibido dentro del plazo de suspensión acordado, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez por término del plazo legal. En esta eventualidad, el dictamen a emitir será el siguiente:

“CONSIDERANDO:

Que, terminado el plazo de suspensión concedido por Acuerdo N°, de fecha/...../....., sin haberse recibido el (informe, evaluación) solicitado al Organismo competente de la Ley N° 16.744, (COMPIN, Mutualidad, etc.);

POR LO TANTO ACUERDA:

Rechazar Solicitud de Pensión de Invalidez.”

- ii. Presenta, además de la afección invalidante de origen laboral, otra u otras de origen común:

El médico asignado al estudio del caso, deberá realizar el procedimiento de consulta señalado en el numeral precedente.

Recibido el informe correspondiente, la Comisión Médica deberá dictaminar de acuerdo a lo siguiente:

- Si la resolución establece que las afecciones de origen laboral provocan una incapacidad menor a 40%, habiendo o no dado origen a indemnización global, la Comisión deberá evaluar y calificar la incapacidad de origen común y de origen laboral, de acuerdo a los procedimientos normales establecidos en las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones.
- Si la resolución establece que la incapacidad de origen laboral provoca una incapacidad mayor o igual a 40%, el afiliado tendrá derecho a pensión de invalidez de origen laboral, conforme a la Ley N° 16.744, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez, por incompatibilidad legal de beneficios. El dictamen a emitir es el siguiente:

“CONSIDERANDO:

Lo establecido en el artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980, que establece la incompatibilidad del beneficio invocado con la pensión de invalidez de origen laboral ya decretada a su favor.

POR LO TANTO ACUERDA:

Rechazar Solicitud de Pensión de Invalidez.”

- b) Afección de origen laboral evaluada

En este caso, pueden darse las siguientes situaciones:

- i. Trabajador afiliado percibe una pensión de invalidez total o parcial causada por un accidente del trabajo o enfermedad profesional:

La Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez, fundado en la incompatibilidad legal de beneficios.

- ii. Trabajador afiliado presenta una incapacidad de origen laboral o profesional menor del 40%, habiendo o no recibido una indemnización global:

Si la evaluación de la incapacidad de origen laboral fue practicada con anterioridad a dos años de recibida la solicitud de calificación de invalidez, el médico asignado deberá solicitar una reevaluación de la invalidez a la COMPIN del Servicio de Salud o Mutualidad de Empleadores, competentes, según corresponda. Para este efecto, deberá utilizar la carta tipo contenida en el Anexo N° 18 de la presente Letra D.

Recibida la reevaluación solicitada o si la evaluación de la incapacidad laboral fue practicada dentro de los dos años anteriores a la solicitud de calificación de invalidez, la Comisión Médica deberá dictaminar de acuerdo a lo siguiente:

- Si la evaluación establece una invalidez de origen laboral menor de 40%, no existiendo otra afección de origen común, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez por incompetencia legal para evaluar.
- Si la evaluación establece una invalidez mayor o igual a 40% de origen laboral, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez por incompatibilidad legal de beneficios.
- Si la evaluación establece una incapacidad de origen laboral menor del 40% y el trabajador presenta además una afección invalidante de origen común, la Comisión Médica deberá evaluar y calificar la incapacidad de origen común y de origen laboral, de acuerdo a las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones, y dictaminar la aprobación o rechazo de la solicitud de pensión de invalidez, según proceda.

c) Notificación del dictamen de invalidez

- i. Dictamen que rechaza la solicitud de pensión de invalidez fundado en incompetencia legal o incompatibilidad legal de beneficios

El dictamen que rechaza en ese sentido la solicitud de pensión de invalidez, no contiene un pronunciamiento de fondo por parte de la Comisión Médica, toda vez que configurada la incompetencia o incompatibilidad legal de beneficios, le impiden evaluar y calificar las patologías invocadas. Por lo tanto, no es susceptible de reclamo por las partes.

Corresponde practicar una única notificación a las partes y se entenderá ejecutoriado desde el día siguiente a su despacho por correo certificado.

- ii. Dictamen que aprueba o rechaza la solicitud de pensión de invalidez, conforme al D.L. N° 3.500, de 1980

El dictamen que contenga el pronunciamiento de la Comisión Médica corresponderá en la forma y fondo a lo dispuesto en las normas para la solicitud de calificación de invalidez del trabajador afiliado.

d) **Modificaciones a los artículos 18 y 19 del D.S. N° 109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social**

Mediante Decreto Supremo N° 73, de 2005, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social introdujo diversas modificaciones a los Decretos Supremos N°s. 101 y 109, ambos del mismo Ministerio, que reglamentan diversas materias de la Ley N° 16.744.

En lo que atañe al procedimiento de calificación y revaluación del grado de invalidez de los afiliados al Sistema de Pensiones y, particularmente en relación a la incompatibilidad de pensiones establecida por el artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980, el decreto supremo antes singularizado incorporó diversas enfermedades a la categoría de enfermedades profesionales, las que con anterioridad usualmente se les atribuía origen común.

En consecuencia, las Comisiones Médicas deberán extremar el estudio de las patologías que se incluyen en el Anexo N° 19 de la presente Letra D, de modo de indagar cuando corresponda el eventual origen profesional de las mismas.

7. Tramitación de recursos en contra de dictámenes y resoluciones de invalidez ante la Comisión Médica Central

a) **Reclamo o apelación**

La apelación o reclamo respecto de los dictámenes que emiten las Comisiones Médicas Regionales de la Superintendencia de Pensiones se regirá por las normas del Capítulo IV de la presente Letra D y las disposiciones que a continuación se señalan. Los antecedentes del reclamo deberán ser ingresados al sistema informático de las Comisiones Médicas y el reclamo original formará parte del expediente electrónico:

i. **Dictámenes no reclamables por las partes**

Durante el proceso de calificación de invalidez, en algunos casos las Comisiones Médicas Regionales se ven imposibilitadas, por diversas circunstancias, de pronunciarse acerca del grado de invalidez de los solicitantes y deben rechazar las solicitudes de pensión de invalidez, fundado en diversas causales administrativas.

Los dictámenes cuyo fundamento de rechazo es administrativo y no médico, técnicamente no constituyen un dictamen de invalidez, razón por la cual no son susceptibles de reclamo, conservando siempre el afiliado o solicitante la posibilidad de requerir nuevamente la calificación de su invalidez, en cuyo caso podrá obtener un dictamen médico si se han subsanado los impedimentos legales o administrativos anteriores.

Los dictámenes de invalidez no son reclamables cuando la solicitud de pensión ha sido rechazada por una de las siguientes causales:

- i.1. Fallecimiento del trabajador o solicitante durante el trámite de calificación de invalidez;
- i.2. No concurrencia del afiliado o solicitante a las citaciones de la Comisión Médica;
- i.3. Desistimiento de la solicitud de pensión de invalidez;
- i.4. Incompetencia legal para resolver sobre el grado de invalidez, provocado únicamente por patologías de origen laboral o profesional; o incompatibilidad legal de beneficios, artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980;
- i.5. Solicitud de pensión de invalidez o solicitud de revaluación del grado de invalidez de trabajador mayor de 65 ó 60 años de edad, según sea hombre o mujer, respectivamente;
- i.6. Término de plazo de suspensión, sin haber obtenido antecedentes de base para dictaminar;
- i.7. Caso extrajurisdiccional.

Si la Comisión Médica Regional recibe un reclamo en contra de un dictamen que rechaza la invalidez por algunas de las causales comprendidas en las letras i.2 a 1.7 precedentes, deberá devolverlo en el momento o por correo certificado, a través de oficio conductor, indicando las razones por las cuales no procede su tramitación.

Por su parte, no serán reclamables por las Compañías de Seguros de Vida, los siguientes dictámenes:

- Afiliados no cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia:

No procede la reclamación por parte de las Compañías de Seguros, respecto de dictámenes de afiliados no cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia.

De producirse una apelación de este tipo, ésta no debe ser acogida a trámite por la Comisión Médica Regional, debiendo ser devuelto de inmediato a la Compañía de Seguros respectiva, por correo certificado, consignándose en la comunicación las razones por las cuales no procede el reclamo.

Si habiendo tomado conocimiento de que el dictamen de invalidez adolece de error, en cuanto a la cobertura por el seguro, en el sentido que dice *No Cubierto*, en lugar de indicar la Compañía de Seguros responsable del siniestro,

y ésta ejerce su derecho a reclamo dentro de plazo, la Comisión Médica deberá admitirlo a tramitación e ingresarlo al sistema informático, sujeto a la condición de verificar con la Administradora el error de información, por cuanto ello permite no dilatar el proceso con la emisión de un dictamen modificatorio. Al momento de recibir la modificación de cobertura por parte de la Administradora, deberá adjuntar dicho documento al expediente electrónico.

- Dictamen de revaluación de invalidez de un afiliado inválido definitivo:

No procede el reclamo por parte de la Compañía de Seguros, respecto de un dictamen de revaluación de un inválido parcial definitivo.

En efecto, la emisión del segundo dictamen que declara la invalidez de un afiliado, otorga el carácter definitivo de ésta y, entre otros efectos, hace exigible respecto de los afiliados cubiertos por el seguro, la obligación de la Compañía de Seguros de enterar el aporte adicional, con lo cual concluyen sus obligaciones contractuales. En consecuencia, tratándose de afiliados inválidos parciales definitivos, si éstos ejercieren la facultad legal de someterse a nuevas revaluaciones, el nuevo segundo dictamen no podrá ser reclamado por la Compañía que enteró el aporte adicional, puesto que dejó de ser parte en el siniestro.

Si no obstante ello, la Comisión Médica Regional recibe un reclamo de la aseguradora, deberá devolverlo a ésta sin tramitar, por correo certificado.

- Dictamen de invalidez de hijo o cónyuge beneficiario de pensión de sobrevivencia, cuyo afiliado o causante tiene la condición de inválido o fallecido, pensionado por vejez o vejez anticipada:

Para determinar cuándo un dictamen de invalidez de beneficiario de pensión de sobrevivencia puede ser reclamado por la Compañía de Seguros, es necesario atender la situación previsional del afiliado que genera tal requerimiento.

- Si la calificación del beneficiario se genera por la pensión de invalidez del afiliado, la Compañía será parte sólo si el afiliado se encuentra cubierto por el seguro, de modo que la solicitud de calificación del beneficiario deberá acompañar informe de cobertura. Si el afiliado inválido carece de cobertura por el seguro de invalidez y sobrevivencia, la Compañía no es parte en el siniestro del hijo o cónyuge beneficiario. Por lo tanto, no podrá reclamar del dictamen que se emita para dichos beneficiarios.
- Si la calificación del beneficiario se genera por la muerte del afiliado, la Compañía será parte sólo si el causante se encontraba cubierto por el seguro a la fecha de su muerte.

La solicitud del hijo o cónyuge beneficiario deberá acompañar informe de cobertura. La aseguradora será parte en el siniestro del beneficiario sólo si el afiliado causante se encontraba cubierto por el seguro.

- Cuando la calificación del beneficiario tenga por fundamento la pensión de vejez o vejez anticipada del afiliado, la Compañía de Seguros no es parte en el siniestro del beneficiario, puesto que el seguro de invalidez no opera en estos casos. La solicitud del beneficiario no requiere informe de cobertura, basta con verificar que el afiliado se encuentre pensionado o en trámite de pensión de vejez o vejez anticipada.

Los dictámenes que se pronuncian sobre las solicitudes de calificación de invalidez por requerimiento de ISAPRE, sólo son reclamables por el afiliado afectado.

La resolución de la Comisión Médica Central que resuelve un reclamo en contra de un dictamen de trabajador afiliado, que simultáneamente registra un dictamen de ISAPRE, afecta de pleno derecho a ambos dictámenes.

ii. Procedimiento de interposición de reclamo

El reclamo en contra de un dictamen de invalidez emitido por una Comisión Médica Regional, debe ser fundado e interponerse por escrito ante la Comisión, dentro del plazo de quince días hábiles contado desde la notificación del dictamen, ante la Comisión Médica Regional que lo emitió y sin necesidad de patrocinio de abogado, por las partes involucradas en el proceso.

Para efectos de la interposición de un reclamo, las Comisiones Médicas deberán tener disponible el formulario contenido en el Anexo N° 20 de la presente Letra D.

No obstante, la Comisión Médica Regional tiene la obligación de recibir y tramitar un reclamo aun cuando el reclamante no haya hecho uso del formato establecido.

Si el reclamo es enviado a la Comisión Médica Regional, a través de correo postal, considerará como fecha de presentación la correspondiente a la recepción del reclamo en la Comisión Médica respectiva. Si el reclamo fue dirigido a la Casilla de Correos de la Comisión Médica, tendrá como fecha de presentación la estampada por la oficina de Correos al momento de distribuir la correspondencia en la Casilla respectiva.

Los solicitantes en el ejercicio del derecho de reclamo del que son titulares, pueden actuar personalmente o representados por medio de apoderado o representante.

En consecuencia, si la Comisión Médica Regional recibe un reclamo suscrito por una persona que señala actuar en representación o en calidad de apoderado del titular del dictamen de invalidez en contra del cual apela, deberá acompañar a su reclamo

copia autorizada del respectivo poder, el que para estos efectos bastará que se haya constituido por documento privado suscrito ante Notario, es decir, debe llevar la expresión "firmó ante mí".

En ese contexto, para los documentos privados notariales en que conste el poder, la persona que otorga el poder debe comparecer personalmente a firmar a la Notaría, de modo que no se cumple con el requisito si el Notario sólo autoriza la firma, esto es, cuando en el documento se utiliza la expresión "autorizo la firma".

Si las Comisiones Médicas Regionales reciben reclamos o apelaciones redactados en primera persona o a nombre del solicitante por algún familiar o cónyuge, pero en ambos casos suscritos por éstos sin la firma del titular, debe requerirse a quien lo presenta la firma del solicitante. Con todo, el reclamo puede ser recibido, pero a condición que el afectado concorra dentro del plazo de tres días hábiles a ratificar el reclamo con su firma. Deberá hacerse expresa mención que si el afiliado o solicitante no concurre a ratificar su reclamo, éste se tendrá por no presentado.

Sin perjuicio de lo anterior, es necesario considerar que el solicitante podría encontrarse imposibilitado para firmar y/o concurrir a ratificar su firma, sea porque no pueda trasladarse, presente incapacidades mentales o de otra naturaleza que le impidan entender o efectuar esa gestión.

Por consiguiente, en casos calificados y de acuerdo al propio mérito del expediente de evaluación y calificación de invalidez, las Comisiones Médicas podrán eximir al solicitante o afiliado de la exigencia de concurrir a ratificar el reclamo en contra de su dictamen de invalidez.

Tratándose de reclamos interpuestos por las Compañías de Seguros, siendo éstas personas jurídicas, las apelaciones deberán ser suscritas por representantes autorizados, con sus respectivas firmas y debidamente individualizados al igual que la Compañía que representan. Tal información deberá ser verificada con la nómina de personas designadas por las Compañías de Seguros y acreditadas ante esta Superintendencia.

iii. Recepción del reclamo

La recepción de un reclamo en la Comisión Médica Regional genera los siguientes procedimientos:

- Registro de Ingreso: La Comisión Médica Regional deberá ingresar al sistema informático los reclamos o apelaciones en el mismo día en el que sean recibidos. Dicho registro deberá contener, a lo menos, lo siguiente:
 - Fecha de Recepción;
 - Número de dictamen o número de dictamen Comisión Médica Central Ampliada, objeto de reclamo;

- Nombre completo o razón social del reclamante;
- Número de oficio y fecha de envío del reclamo a la Comisión Médica Central o Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda;
- Número y fecha de oficio de la Comisión Médica Central, cuando ésta solicita peritajes, exámenes y otros antecedentes;
- Número y fecha de resolución de la Comisión Médica Central; dictamen de la Comisión Médica Central Ampliada y oficio de la Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda;
- Fecha de recepción de resolución, dictamen u oficio en la Comisión Médica Regional;
- Fecha de despacho de la resolución; dictamen u oficio por parte de la Comisión Médica Regional a los interesados y número de la guía de despacho de correo certificado;

El original del reclamo interpuesto formará parte del respectivo expediente electrónico.

- Revisión del plazo de interposición: El funcionario administrativo de la Comisión deberá recibir el reclamo, aun cuando los antecedentes indiquen que se encuentra fuera de plazo para remitirlo a la Comisión Médica Central, quien tiene la facultad privativa para comprobar si el reclamo fue interpuesto dentro del plazo legal.

El cálculo de la fecha de vencimiento del plazo de apelación se hará de acuerdo a lo siguiente:

- 1° Se entenderá por efectuada la notificación a contar del tercer día siguiente a la recepción de la carta certificada en la oficina de correos que corresponda, según timbre de la empresa de correos.
- 2° El plazo de presentación del reclamo corresponderá a 15 días hábiles contados desde las 00:00 horas del día siguiente de cumplida la notificación. Se deberá dar por terminado el plazo de recepción del reclamo a las 24:00 horas del día quince antes calculado.
- 3° Se deberá entender como días no hábiles los sábados, domingos y festivos.

- Notificación a las partes de la interposición de reclamo o apelación

Dentro de los tres días siguientes de recibido el reclamo de una de las partes, la Comisión Médica Regional deberá enviar por correo certificado una notificación de la interposición a las partes restantes, en el formulario contenido en el Anexo N° 21 de la presente Letra D. Si el tercer día recayere en sábado, domingo o festivo, el plazo se prorrogará hasta las 24:00 horas del primer día hábil siguiente.

La notificación de interposición del reclamo a las partes afectadas, es decir, aquellas que no han reclamado, deberá acompañar una copia del reclamo presentado, para que en el plazo de cinco días hábiles siguientes a la notificación formulen por escrito las alegaciones que estimen pertinentes.

Se entenderá notificada la interposición de reclamo, a contar del tercer día siguiente a la recepción de la carta certificada en la oficina de correos que corresponda.

Lo anterior, sin perjuicio que pueden deducir, dentro de plazo, su propio reclamo en contra del dictamen, en aquella parte que estimen perjudicial.

Con todo, mientras dure el proceso de tramitación del reclamo y no se haya emitido resolución sobre el particular, las partes podrán hacer presente ante la Comisión Médica Central, directamente o a través de la Comisión Médica Regional, cualquier nuevo antecedente para mejor resolver.

En el evento que una presentación en esos términos, sea recibida con posterioridad al vencimiento del plazo legal de apelación y antes de emitida la resolución por la Comisión Médica Central, se deberá remitir de inmediato el documento original a ésta, la que no lo tramitará como reclamo formal, pero lo tendrá presente para mejor resolver. La Comisión Médica Regional deberá incluir el documento en el expediente electrónico.

Si el reclamo ha sido interpuesto en contra de un dictamen por requerimiento de ISAPRE, sea que corresponda a un único trámite de calificación de invalidez, o que se entienda apelado por haberse reclamado un dictamen de trabajador afiliado, cuya calificación de invalidez ha sido tramitada simultáneamente con una calificación de invalidez por requerimiento de ISAPRE, la interposición del reclamo deberá ser notificada a la Institución de Salud Previsional correspondiente, mediante oficio ordinario cuyo modelo está contenido en el Anexo N° 22 de la presente Letra D. En este caso, no es aplicable para la Institución de Salud la facultad de formular alegaciones respecto del reclamo, razón por la cual la Comisión Médica no debe remitirle copia de dicha apelación.

- Despacho del reclamo a la Comisión Médica Central

Al ser ingresado el reclamo al sistema de información de las Comisiones Médicas, éste quedará inmediatamente disponible para revisión por la Comisión Médica Central.

Simultáneamente con la notificación a las partes, la Comisión Médica Regional deberá remitir a la Comisión Médica Central, a través de oficio conductor cuyo modelo está contenido en el Anexo N° 23 de la presente Letra D, el original del reclamo, todos los expedientes de calificación de invalidez anteriores

completos y la documentación en original que contenga el expediente electrónico de calificación.

iv. Requerimiento de la Comisión Médica Central

La Comisión Médica Central podrá requerir a la Comisión Médica Regional que se practiquen nuevos exámenes o peritajes al solicitante, los cuales deberán efectuarse y gestionarse como prioritarios y en el más breve plazo posible, no excediendo de 60 días. Este requerimiento será acompañado de una copia del acta de la sesión en la que la Comisión Médica Central acordó este procedimiento.

En algunos casos, el requerimiento lo efectuará la Comisión Médica Central, directamente al afectado.

v. Resolución de la Comisión Médica Central

Fallado el reclamo, la Comisión Médica Central emitirá una resolución que confirmará o revocará el dictamen de invalidez reclamado. La despachará a la Comisión Médica Regional, junto con los expedientes de calificación de invalidez físicos y documentos originales del expediente electrónico. Una vez que las resoluciones cuenten con firma electrónica avanzada en el sistema informático y que las actas estén finalizadas, el expediente electrónico quedará inmediatamente a disposición de la Comisión Médica Regional.

La Comisión Médica Regional deberá tomar conocimiento de la resolución en la sesión siguiente de la fecha en que fue recibida y ordenará el cúmplase con la firma del Presidente y Secretario Médico.

La resolución deberá ser notificada por la Comisión Médica Regional, a más tardar al día siguiente de la sesión en que se tomó conocimiento, al afiliado o solicitante, a la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual éste se encuentre incorporado, al Instituto de Previsión Social, a la Compañía de Seguros de Vida, a la entidad pagadora de subsidios y a la institución empleadora del Sector Público, Municipal, Municipal Docente, Atención Primaria de Salud Municipal y Poder Judicial, cuando proceda.

La resolución deberá quedar contenida en el expediente electrónico de calificación de invalidez.

vi. Comisión Médica Central Ampliada

La Comisión Médica Central Ampliada deberá notificar a los organismos administradores, con la debida antelación, la fecha y hora de la sesión en que se discutirá acerca del origen de la invalidez de afiliados cuyo riesgo se encuentren cubriendo.

Emitido el dictamen de la Comisión Médica Central Ampliada, éste será despachado a la Comisión Médica Regional, la que deberá tomar conocimiento en la sesión siguiente a su recepción y proceder a notificarlo. Las partes a notificar son las siguientes: el afiliado afectado, la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual se encuentre incorporado, la Compañía de Seguros si correspondiere, la entidad pagadora de subsidios según sea el caso, la institución empleadora del Sector Público, Municipal, Municipal Docente, Atención Primaria de Salud Municipal y Poder Judicial y la entidad que de acuerdo con la Ley N° 16.744 le pudiere corresponder el pago de la respectiva prestación por invalidez profesional.

Puede ocurrir que el eventual origen laboral de la invalidez no sea la única alegación de la parte reclamante, puesto que subsidiariamente puede reclamar acerca del grado de invalidez si la Comisión Ampliada desecha el origen laboral. En estos casos, se constituye primeramente la Comisión Médica Central Ampliada y, si concluye que la invalidez es de origen común, acordará en sesión traspasar el reclamo a la Comisión Médica Central Común.

La Comisión Médica Central emitirá una resolución en formato común, pero en uno de sus considerando citará el acuerdo de la Ampliada, en cuanto al origen de la invalidez. Esta resolución es también reclamable ante la Superintendencia de Seguridad Social, siempre que otorgue invalidez y las partes insistan sólo en el origen laboral de las afecciones.

vii. Procedencia del reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social

Sólo procede acoger a trámite un reclamo en contra de un dictamen o resolución que contenga un acuerdo de la Comisión Médica Central Ampliada cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- Que el dictamen emitido por la Comisión Médica Regional y que fue reclamado ante la Comisión Médica Central, haya declarado la invalidez, sea en un grado parcial o total;
- Que el reclamo ante la Comisión Médica Central haya tenido por fundamento, sea como única o entre otras alegaciones, la circunstancia que la invalidez declarada ha sido provocada, desencadenada o influenciada por un accidente del trabajo o enfermedad profesional; y
- Que el reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social sea interpuesto dentro de plazo.

Si del estudio del caso por parte de la Comisión Médica Regional, concluye que no se configura uno de los tres requisitos señalados, deberá devolver inmediatamente el reclamo al apelante, a través de oficio conductor, explicando las razones de su rechazo.

Si concurren los requisitos señalados, deberá acoger el reclamo a tramitación, del mismo modo que un reclamo común.

Deberá notificar la interposición del reclamo a las partes, incluyendo al organismo administrador de la Ley N° 16.744, que corresponda, según formato contenido en el Anexo N° 24 de la presente Letra D.

Al mismo tiempo, deberá remitir el reclamo a la Superintendencia de Seguridad Social, acompañando fotocopia de los expedientes de calificación de invalidez físicos, copia del expediente electrónico de calificación y fotocopia de la documentación en original. Para el efecto, utilizará el formato contenido en Anexo N° 25 de la presente Letra D.

La Superintendencia de Seguridad Social emitirá su resolución, a través de oficio dirigido al reclamante con copia al Presidente de la Comisión Médica Regional.

La Comisión Regional deberá notificarlo, previo conocimiento en sesión, al afiliado, a la Administradora de Fondos de Pensiones, al Instituto de Previsión Social, a la Compañía de Seguros si correspondiere, a la entidad pagadora de subsidios, a la entidad que pudiera corresponderle el pago de la respectiva prestación por invalidez laboral y a la Comisión Médica Central Ampliada. Para este efecto, la Comisión Regional deberá utilizar el formato contenido en el Anexo N° 26 de la presente Letra D. El oficio que contenga la resolución de la Superintendencia de Seguridad Social, formará parte del expediente electrónico de calificación de invalidez.

b) Recurso de Reposición Administrativo

De acuerdo a lo establecido en el número 6. del Capítulo IV de la presente Letra D, el recurso de reposición administrativo procede en contra de la generalidad de las Resoluciones de la Comisión Médica Central. Compete el conocimiento y resolución de los Recursos de Reposición Administrativos, al mismo órgano que dictó el acto que se impugna. Podrán interponer el citado recurso por escrito dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde la fecha en que se entiende notificada la resolución recurrida, las partes intervinientes en el proceso de calificación de invalidez, directamente o por intermedio de apoderado o representante, esto es: el afiliado o solicitante afectado, la Administradora a la cual éste se encuentra incorporado o el Instituto de Previsión Social y la Compañía de Seguros, según corresponda. Excepcionalmente, pueden interponer este recurso las Instituciones de Salud Previsional en las condiciones que más adelante se indican.

No será necesario que las Comisiones Médicas dispongan de un formulario especial para la interposición del recurso, bastará que el interesado señale en su escrito que recurre de reposición, singularice el dictamen o resolución respecto del cual recurre y una descripción de los argumentos que sustentan su recurso. Podrá acompañar los antecedentes que estime necesarios en original o fotocopia, los cuales formarán parte del expediente electrónico.

Este recurso debe ser interpuesto ante el mismo órgano que dictó el acto recurrido. Si se recurre de reposición respecto de una resolución de la Comisión Médica Central, correspondería que éste fuese presentado directamente ante dicha Comisión. Sin embargo, considerando el breve plazo de que disponen para el efecto los interesados, la ubicación geográfica de la Comisión Médica Central y los efectos que éste producirá, las Comisiones Médicas Regionales podrán acoger a trámite estos recursos de forma similar que los reclamos en contra de sus dictámenes de invalidez. Por su parte, si el acto recurrido es un dictamen de invalidez a requerimiento de ISAPRE, corresponde que éste se presente ante la Comisión Médica Regional que lo emitió.

La recepción y registro de un recurso de reposición administrativo en la Comisión Médica Regional, sigue el mismo procedimiento establecido precedentemente para los reclamos. El funcionario administrativo de la Comisión deberá recibir e ingresar al sistema de información el recurso de reposición, aun cuando estime que éste es improcedente o que se encuentra fuera de plazo.

El registro electrónico de los recursos de reposición deberá realizarse el mismo día de recibidos en la Comisión Médica Regional y deberá contener, a lo menos, lo siguiente:

- Fecha de recepción
- Número de dictamen regional o de resolución de la Comisión Médica Central, objetos del recurso;
- Nombre completo o razón social del recurrente;
- Número de oficio y fecha de envío del oficio por el cual se notifica a las partes la interposición del recurso;
- Número de oficio y fecha de envío del recurso a la Comisión Médica Central, si el acto recurrido es una resolución dictada por ésta;
- Número y fecha de oficio de la Comisión Médica Central, cuando ésta solicita peritajes, exámenes y otros antecedentes;
- Número y fecha de resolución de la Comisión Médica Central;
- Fecha de emisión de nuevo dictamen o de recepción de nueva resolución de la Comisión Médica Central;
- Fecha de despacho del nuevo dictamen o resolución a los interesados;

Ingresado un recurso de reposición administrativo, el funcionario de la Comisión Médica Regional deberá proceder a su tramitación, distinguiendo si el citado recurso ha sido interpuesto en contra de un dictamen de invalidez a requerimiento de ISAPRE emitido por su Comisión Médica, o si se refiere a una resolución emitida por la Comisión Médica Central, de acuerdo a lo siguiente:

i. Dictamen de invalidez por requerimiento de ISAPRE

Recibido un recurso de reposición administrativo interpuesto por ISAPRE en los términos señalados, a más tardar a las 24 horas siguientes de su recepción, el

Presidente de la Comisión Regional examinará si éste ha sido interpuesto dentro de plazo.

Si determina que el recurso fue interpuesto fuera de plazo, deberá ingresarlo junto al expediente de invalidez respectivo a la sesión siguiente y acordar en ella su rechazo por extemporáneo. En este caso, el acuerdo de la Comisión quedará anotado en el acta de sesión, incorporando el formulario denominado Recursos de Reposición Administrativos, cuyo formato se encuentra contenido en el Anexo N° 27 de la presente Letra D.

Dicho acuerdo será notificado a la ISAPRE recurrente por la Comisión Médica Regional, mediante oficio Ordinario, según modelo contenido en Anexo N° 28 de la presente Letra D, remitiéndole copia del acta de la sesión por carta certificada, con lo cual se pone término a su tramitación.

Si el recurso ha sido interpuesto dentro de plazo, la Comisión deberá notificar su interposición a las partes y dejarlo pendiente de dictamen hasta que transcurra el plazo de apelación, por cuanto dicho dictamen es susceptible de reclamo por el trabajador afiliado. La notificación la practicará por oficio ordinario, según modelo contenido en Anexo N° 29 de la presente Letra D.

Si el afiliado interpone reclamo en contra del dictamen ante la Comisión Médica Central, la Comisión Regional deberá abstenerse de conocer el recurso y elevar todos los antecedentes a la Comisión Médica Central para su resolución, notificando ese hecho a la recurrente.

Si vencido el plazo de reclamo el afiliado no interpone apelación ante la Comisión Médica Central, el Presidente de la Comisión Médica Regional deberá encargar el estudio del caso a un médico integrante, distinto al que estudió el caso previamente. Recibido el expediente por el médico asignado, procederá del siguiente modo:

- Tomará conocimiento de los fundamentos del recurso;
- Emitirá un pronunciamiento técnico sobre el dictamen objeto del recurso de reposición, al tenor de los argumentos expuestos por el recurrente confrontados con las actuaciones y decisiones adoptadas durante la calificación de invalidez.
- Evaluará la conveniencia de objetivar médicamente los argumentos invocados por el recurrente.
- Propondrá a la Comisión en pleno, el rechazo o aceptación de plano del Recurso, ya sea confirmando, modificando o revocando el dictamen recurrido.
- Solicitará en la misma sesión mayores antecedentes médicos y/o comparencia del afiliado, para mejor resolver.

- El médico asignado dejará constancia de su estudio del recurso y de sus conclusiones en un nuevo formulario, haciendo referencia en ella el recurso de reposición administrativo de que se trate, la que se insertará en el expediente respectivo.
- A su turno, el dictamen de la Comisión quedará estampado en un nuevo formulario, singularizando el recurso de reposición, la que se insertará en el expediente a continuación de los comentarios del médico asignado.

El financiamiento de exámenes, peritajes, informes, traslados, estadía y acompañante, que eventualmente pueda demandar la tramitación del recurso, será exclusivamente de cargo de la ISAPRE recurrente.

Dentro de los treinta días hábiles siguientes al vencimiento del plazo legal de apelación o desde la fecha de recepción de los exámenes e informes médicos que hubiere solicitado, la Comisión Médica Regional deberá emitir su dictamen de invalidez, según formato contenido en Anexo N° 30 de la presente Letra D.

El dictamen deberá ser despachado a las partes por carta certificada, acompañado de un certificado de notificación, cuyo formato está contenido en el Anexo N° 31 de la presente Letra D, que indicará además la fecha de ejecutoria del dictamen, la que corresponderá al día siguiente de su notificación. Se entenderá practicada la notificación, a contar del tercer día hábil siguiente a su despacho en la oficina de correos.

ii. Resoluciones de la Comisión Médica Central

El hecho que las resoluciones de la Comisión Médica Central sean susceptibles de este recurso significa que se entenderán ejecutoriadas una vez transcurrido el plazo sin que las partes hayan recurrido de reposición o bien, interpuesto éste, una vez que la nueva resolución de la Comisión Médica Central ha sido notificada a las partes.

Por regla general, la interposición de este recurso no suspende los efectos del acto recurrido, sin embargo, esta Superintendencia ha estimado necesario considerar que la presentación de un recurso de reposición administrativo en contra de una resolución de la Comisión Médica Central, importa una prolongación del proceso de calificación de invalidez de que se trate, razón por la cual y de ser interpuesto, deberá necesariamente paralizar los efectos de la resolución recurrida, con el propósito de precaver eventuales perjuicios a las partes.

El conocimiento y fallo del recurso es de competencia exclusiva de la Comisión Médica Central, por cuanto es el órgano que dictó la resolución recurrida.

El recurso ingresado por la Comisión Médica Regional al sistema de información quedará inmediatamente disponible para revisión por la Comisión Médica Central. A más tardar al día hábil siguiente de la recepción del recurso, la Comisión Médica Regional deberá remitir los antecedentes físicos del expediente de calificación de invalidez, a la Comisión Médica Central para su conocimiento y resolución, por intermedio de un oficio conductor, cuyo formato se encuentra contenido en el Anexo N° 32 de la presente Letra D.

Dentro del mismo plazo, la Comisión Médica Regional deberá notificar a las partes restantes de la interposición del recurso, acompañando copia de éste. La notificación se practicará por intermedio de un oficio conductor, de acuerdo al modelo contenido en el Anexo N° 33 de la presente Letra D, haciendo expresa mención que las partes disponen de un plazo de cinco días hábiles siguientes a la notificación para formular por escrito las alegaciones que estimen pertinentes, como también del hecho que tal recurso suspende los efectos de la resolución recurrida.

Las alegaciones al recurso de reposición que las Comisiones Médicas Regionales reciban de las partes restantes, deberán ingresarlas al sistema informático de inmediato y remitir los documentos originales a la Comisión Médica Central, la que efectuará la ponderación de las mismas, al momento de resolver.

En la práctica puede ocurrir que los interesados interpongan este recurso directamente ante la Comisión Médica Central. En ese evento, la Comisión Médica Central deberá recibirlo y acogerlo a trámite, ingresándolo al sistema de información el mismo día en que se reciba, asociado a la resolución recurrida, con la finalidad que la Comisión Médica Regional respectiva practique las notificaciones de rigor y le remita los antecedentes físicos del o los expedientes de calificación de invalidez.

Un funcionario administrativo de la Comisión Médica Central deberá verificar que el oficio conductor de la Comisión Médica Regional acompañe el original del recurso de reposición, el expediente de calificación de invalidez completo y las guías de correo en las cuales conste el despacho de la notificación a las partes de la resolución recurrida. El recurso de reposición formará parte del expediente electrónico.

Recibido el respectivo recurso, éste quedará a disposición del Presidente de la Comisión Médica Central, quien efectuará un análisis preliminar del expediente y verificará si el recurso fue interpuesto dentro del plazo legal. Si el recurso fue presentado fuera de plazo, deberá ser incorporado a la tabla de la próxima sesión para resolver su rechazo por esa causa. Si el recurso fue presentado dentro de plazo, el Presidente deberá asignar el caso a un médico integrante de la Comisión o asumir personalmente el estudio, individualizando al médico asignado en el sistema de información. La asignación deberá corresponder a un médico integrante distinto al que estudió el expediente que generó la resolución recurrida.

Un funcionario de la Comisión deberá verificar si ésta ha recepcionado alegaciones o descargos de las partes respecto del recurso. Si éstas se han recibido, deberán integrarse al expediente.

El médico asignado al caso procederá del siguiente modo:

- Tomará conocimiento de los fundamentos del recurso;
- Emitirá un pronunciamiento técnico sobre la resolución del reclamo objeto del recurso de reposición, al tenor de los argumentos expuestos por el recurrente confrontados con las actuaciones y decisiones adoptadas en la etapa de reclamo.
- Evaluará la conveniencia de objetivar médicamente los argumentos invocados por el recurrente.
- Propondrá a la Comisión en pleno, el rechazo o aceptación de plano del Recurso, ya sea confirmando, modificando o revocando la resolución recurrida.
- Solicitará en la misma sesión mayores antecedentes médicos, directamente o por intermedio de la Comisión Médica Regional, para mejor resolver.

Para el financiamiento de exámenes, peritajes, informes, traslados, estadía y eventualmente acompañantes, que pueda demandar la interposición del recurso de reposición administrativo, se aplicarán las mismas normas y procedimientos establecidos para los reclamos en contra de un dictamen de invalidez.

Dentro de los treinta días hábiles siguientes a la recepción de la última alegación o descargo de las partes, de vencido el plazo establecido para el efecto, o desde la fecha de recepción de los exámenes e informes médicos que hubiere solicitado, la Comisión Médica Central deberá emitir su fallo, a través de una nueva resolución.

La resolución que contenga el fallo del recurso de reposición administrativo deberá ser ingresada al sistema de información el mismo día de la sesión en que fue dictada. A su vez, los antecedentes físicos del expediente de calificación de invalidez deberá despacharse a la Comisión Médica Regional, dentro de los cinco días hábiles siguientes de emitida la resolución.

La resolución que contiene el fallo respecto de un recurso de reposición administrativo, no es susceptible de otro recurso, por lo tanto, la reposición agota la vía administrativa y, por consiguiente, pone término al proceso de calificación de invalidez.

De acuerdo a lo expresado, un dictamen de invalidez se entenderá ejecutoriado cuando transcurrido el plazo de quince días hábiles desde su notificación, éste no

fue reclamado por las partes ante la Comisión Médica Central; cuando habiendo sido reclamado por las partes, haya transcurrido el plazo de cinco días hábiles desde la notificación de la resolución de la Comisión Médica Central, sin que las partes hayan interpuesto recurso de reposición administrativo en contra de ella; cuando interpuesto éste, la resolución que contiene su fallo ha sido notificada a las partes.

Recibida por la Comisión Médica Regional una resolución de la Comisión Médica Central dictada en virtud de un recurso de reposición administrativo, la Comisión Regional deberá tomar conocimiento de ella en la sesión siguiente de la fecha de su recepción y ordenará el cúmplase con la firma del Presidente y Secretario Médico.

Acto seguido, procederá a notificar dicha resolución a las partes por carta certificada. De igual modo, deberá indicar la fecha a contar de la cual se entiende ejecutoriada, estampando ese dato en el ángulo superior derecho de la resolución.

Cabe precisar que la resolución que falla un recurso de reposición administrativo se entiende ejecutoriada a contar del día siguiente de su notificación, la que a su vez se entenderá practicada a contar del tercer día hábil siguiente a su recepción en la oficina de correos.

c) Recurso Jerárquico

No procede el recurso jerárquico en contra de los dictámenes y resoluciones de invalidez de las Comisiones Médicas Regionales y Central. Al respecto, puede ocurrir que algún interesado deduzca recurso de reposición administrativo en contra de una resolución de la Comisión Médica Central, interponiendo subsidiariamente el recurso jerárquico, entendiéndose que esta Superintendencia es el órgano superior de las Comisiones Médicas. En ese evento la Comisión Médica deberá resolver la reposición y si concluye en su rechazo, deberá declarar inadmisibles los recursos jerárquico.

d) Recurso Extraordinario de Revisión

El recurso extraordinario de revisión procede sólo en contra de las resoluciones ejecutoriadas de la Comisión Médica Central, sea que hayan sido o no objeto de recurso de reposición administrativo. Al respecto, son aplicables las disposiciones que se establecen en el número 7. del Capítulo IV de la presente Letra D.

e) Acciones Judiciales

Los Presidentes de las Comisiones Médicas Regionales y Central que sean notificados de la interposición de una demanda o recurso de protección ante los Tribunales de Justicia, respecto de un dictamen o resolución de invalidez, deberán comunicarlo de inmediato a esta Superintendencia a través del correo electrónico, adjuntando copia de la presentación recibida, y posteriormente deberán remitir por oficio el original de la presentación, junto a la totalidad de los expedientes de calificación de invalidez en poder de la Comisión y documentación original que contengan.

En estos casos, esta Superintendencia asumirá la representación del Presidente de la Comisión Médica ante los tribunales correspondientes.

8. Invalidez ocurrida con anterioridad a la fecha de afiliación al Sistema de Pensiones

De conformidad a lo establecido por el artículo 24°, letra b., del D.S. N° 57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento del D.L. N° 3.500 de 1980, al emitir un primer dictamen que califique el grado de invalidez de un trabajador afiliado, las Comisiones Médicas deben determinar si la invalidez tiene carácter previo o posterior a la fecha de afiliación al sistema de AFP. En el evento que se estime que la invalidez se produjo con anterioridad a la fecha de afiliación, el primer dictamen deberá así señalarlo.

La disposición en comento está en concordancias con lo dispuesto por el artículo 2° de la Ley N° 18.753 y por el artículo 86 del D.S. N° 57, de 1990, preceptiva que construye el concepto invalidez previa, en el sentido que conforme a las normas del Sistema de AFP, la invalidez es un siniestro y, en ese contexto, se denomina invalidez previa a aquél siniestro acaecido antes de la afiliación del trabajador al Sistema de Pensiones. Tal distinción tiene por finalidad fundamental la aplicación de fórmulas distintas de cálculo de la pensión y fuente de financiamiento.

En consecuencia, las Comisiones Médicas deben aprobar las solicitudes de pensión de invalidez de aquellos trabajadores afiliados cuya pérdida de capacidad de trabajo mayor o igual al 50% se produjo con anterioridad a la fecha de incorporación al Sistema de Pensiones.

El discernimiento de la Comisión Médica para determinar cuándo está en presencia de una invalidez previa, lo constituye la configuración y data de la invalidez, cuestiones que deben ser definidas con la mayor precisión posible.

En ese contexto, la presencia de impedimentos congénitos o adquiridos no necesariamente producirá menoscabo laboral y, por consiguiente, no conducirán a una declaración de invalidez.

Es útil tener presente la necesidad de no confundir el vocablo enfermedad preexistente, propio del ámbito de la salud, con invalidez, propio del campo de las pensiones. En efecto, es de frecuente ocurrencia que los trabajadores afiliados que requieren la calificación de su invalidez, presentan afecciones de larga data, incluso diagnosticadas con anterioridad a la incorporación al Sistema, pero este solo hecho no constituye invalidez previa, sino la configuración de menoscabo permanente igual o superior al 50% en fecha anterior a la afiliación. Es decir, un trabajador tendrá la calidad de inválido previo si se incorporó al Sistema de Pensiones con una incapacidad igual o superior al 50%.

Es necesario tener presente que el beneficio de invalidez parcial fue incorporado al Sistema con la dictación de la Ley N° 18.964, cuya vigencia data desde el 1 de agosto de 1990, puesto que con anterioridad sólo existía la invalidez mayor de dos tercios, definida hoy como invalidez total. En consecuencia, sólo procede declarar invalidez parcial previa, respecto de trabajadores que se afiliaron al Sistema de Pensiones, a partir precisamente del 1 de agosto de 1990, no existiendo

legalmente la invalidez parcial previa a la afiliación, respecto de los trabajadores incorporados antes de la vigencia de la invalidez parcial.

La Comisión Médica debe determinar si la invalidez tiene carácter previo o posterior a la incorporación del afiliado al Sistema de Pensiones, al emitir el primer dictamen de invalidez.

Si durante el estudio de una solicitud de calificación de invalidez, la Comisión Médica dictamina rechazando el derecho a pensión de invalidez, sea fundado en incapacidad menor que 50% o menoscabo no configurado, no podrá en una solicitud posterior del mismo afiliado declarar el carácter previo de la invalidez. Tampoco procede declarar el carácter previo de la invalidez, mediante un segundo dictamen.

Para efectos de discernir acerca del eventual carácter previo de la invalidez, la Comisión Médica debe solicitar un Peritaje Socio-Laboral a algunos de los profesionales inscritos en el Registro de Interconsultores, indicando con claridad la materia que desea objetivar, sean antecedentes previsionales (informe de cotizaciones a la Administradora de Fondos de Pensiones respectiva) o una recopilación de datos aportados por el propio trabajador afiliado, su entorno familiar, social o laboral (características del trabajo desempeñado, situación laboral contractual, jornada de trabajo, licencias médicas y otros datos relevantes para establecer la certificación de la capacidad de trabajo). Este discernimiento es función de la Comisión Médica y no del Perito Socio-Laboral, quien sólo debe proporcionar los elementos del modo más claro posible para la consecución de ese fin.

Una vez determinado que la invalidez se produjo antes de la afiliación al Sistema de Pensiones, la Comisión deberá registrar esa circunstancia en el expediente de calificación de invalidez electrónico y en su respectiva acta.

El dictamen que declara la invalidez previa a la afiliación le otorga a ésta el carácter de invalidez definitiva, de modo que sólo procederá la revaluación en los casos de invalidez parcial previa y a exclusiva petición del afiliado.

El dictamen a emitir sólo diferirá del dictamen común, en lo relativo a los siguientes rubros:

“CONSIDERANDO:

Lo establecido en el artículo 2º de la Ley Nº 18.753, de 1988; el artículo 86 del D.S. Nº 57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento del D.L. Nº 3.500 de 1980; y que la incapacidad se produjo con anterioridad a la fecha de afiliación al Sistema;

POR LO TANTO ACUERDA:

Aceptar invalidez definitiva total (parcial), a contar del/...../.....,(Indicar fecha de solicitud de pensión de invalidez).”

El devengamiento de la pensión y la notificación del dictamen de invalidez, se fijarán y practicarán de acuerdo a las instrucciones generales.

9. Calificación de invalidez para afiliados pensionados por invalidez común en otros sistemas previsionales

La Comisión Médica debe calificar el grado de invalidez de trabajadores afiliados que se encuentren pensionados por invalidez común en otro régimen previsional, ya que no existe incompatibilidad entre las pensiones concedidas de acuerdo D.L. N° 3.500, de 1980, y las pensiones por invalidez común otorgadas con arreglo a otros Sistemas Previsionales, tales como las concedidas por el Instituto de Previsión Social, la Dirección de Previsión de Carabineros y la Caja de Previsión de la Defensa Nacional.

Tampoco existe incompatibilidad entre las pensiones no contributivas por gracia, otorgadas en conformidad con la Ley N° 19.234 y sus modificaciones, que establece beneficios por gracia, para personas exoneradas por motivos políticos. Si la pensión no contributiva es también por invalidez, procede aplicar las normas del presente Capítulo.

a) Criterios y procedimientos para la calificación de invalidez

Si durante el estudio de una solicitud de calificación de invalidez, la Comisión Médica constata que la Administradora consignó en la solicitud de pensión de invalidez que el afiliado percibe pensión de invalidez común en otro régimen previsional y señale la fecha en que fue concedido dicho beneficio, la Comisión Médica deberá solicitar la información necesaria al organismo competente del otro régimen previsional (Anexo N° 34 de la presente Letra D).

Si un impedimento físico o mental que produce menoscabo en la capacidad de trabajo ya fue considerado para conceder una pensión de invalidez común en otro régimen previsional, no debe ser ponderado en esta nueva evaluación, salvo que se haya agravado o potencie otros impedimentos.

A falta de respuesta, la información puede ser obtenida a través de perito socio-laboral de la Comisión Médica o del propio afiliado. La información que proporcione el afiliado sobre el origen y grado de su invalidez deberá quedar en expresa constancia en el expediente de invalidez.

La información básica a requerir debe estar referida a la resolución que declaró la invalidez, con indicación de diagnósticos invalidantes, grado de incapacidad otorgado, fecha a contar de la cual se declaró la invalidez y fecha de constitución del derecho a pensión de invalidez, derecho que debe encontrarse vigente a la fecha de evaluación.

Cuando los antecedentes obtenidos no resulten suficientes para determinar si un impedimento ya fue considerado o si lo fue en un grado menor, o bien no existen dichos antecedentes o la posibilidad de acceder a ellos es nula, la Comisión Médica deberá resolver con los elementos médicos que tenga disponibles.

b) Dictamen de invalidez

Si el afiliado presenta sólo patologías o menoscabos ya evaluados, por los cuales percibe pensión de invalidez común en otro sistema previsional, sin que éstos se hayan agravado o potencien otros impedimentos, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez, de acuerdo a los formatos y glosas comunes, pero deberá agregar la siguiente observación:

“OBSERVACIONES:

El presente dictamen no incluye patologías por las cuales el afiliado percibe pensión de invalidez, a través del (Indicar Institución de Previsión).”

Si el trabajador afiliado presenta patologías ya evaluadas por las cuales percibe pensión, que se han agravado o potenciado otros impedimentos, la Comisión Médica deberá evaluar y calificar el grado de invalidez del afiliado considerando todas las patologías conforme a las normas técnicas de evaluación y, de acuerdo al grado de invalidez resultante, declarar o rechazar el derecho a pensión de invalidez, mediante un primer dictamen, según las normas y procedimientos generales.

Si el trabajador afiliado presenta patologías ya evaluadas, por las cuales percibe pensión, sin que se hayan agravado, pero presenta nuevas patologías no asociadas a las anteriores, la Comisión Médica deberá evaluar y calificar sólo las nuevas patologías o afecciones y, de acuerdo al grado de invalidez que determine, emitirá un primer dictamen que otorgará o rechazará el derecho a pensión de invalidez.

Para el efecto deberá utilizar el formato común de dictamen, pero agregando la siguiente observación:

“OBSERVACIONES:

El grado de invalidez otorgado en el presente dictamen, no incluye patologías por las cuales el afiliado percibe pensión de invalidez, a través del (Indicar Institución de Previsión).”

El grado de invalidez otorgado por la anterior institución de previsión, para efectos de esta calificación, constituye sólo información referencial para la Comisión Médica, puesto que cuando corresponda calificar esas patologías, debe hacerlo con el criterio médico contenido en las normas propias de su función.

El criterio de invalidez previa no es aplicable en estos casos, porque está referido sólo a trabajadores afiliados no pensionados en otros regímenes previsionales.

10. Otros procedimientos

a) Modificación de dictámenes

En casos calificados, la Comisión Médica Regional a requerimiento de una de las partes interesadas y aún de oficio, podrá modificar un dictamen ejecutoriado para corregir un error administrativo, de transcripción u omisión, de acuerdo a lo señalado en el número 5. del Capítulo V, de la presente Letra D.

Para efectuar cualquier modificación de dictamen, la Comisión Médica debe disponer del respectivo expediente de calificación y revaluación del grado de invalidez. En caso de no encontrarse el expediente en la Comisión, por haber sido objeto de inventario y retiro, deberá obtenerlo ya sea de la Administradora o del Instituto de Previsión Social, según corresponda.

El rubro VISTO del dictamen modificadorio deberá señalar el o los antecedentes tenidos a la vista. El rubro CONSIDERANDO deberá indicar las causas o consideraciones de hecho y derecho que justifican la modificación. En el rubro ACUERDA deberá especificarse el dictamen que se rectifica y las modificaciones que se resuelven.

Los dictámenes modificadorios serán notificados a las mismas entidades que tomaron conocimiento del dictamen primitivo.

Los dictámenes modificadorios no son reclamables, salvo que la modificación implique un cambio en el nombre de la AFP, Compañía de Seguros o condición de cobertura por el seguro, en cuyo caso sólo puede apelar la entidad afectada por el cambio, según autorización de esta Superintendencia.

Cuando la Comisión requiera de autorización para modificar un dictamen de invalidez, en consideración a que involucre uno de los ítemes señalados en el párrafo precedente, deberá suspender la notificación de dictamen ejecutoriado, mientras esta Superintendencia se pronuncia sobre la procedencia de modificar.

b) Revocación de dictámenes

Cuando un dictamen de invalidez adolezca de vicio de nulidad o manifiestamente la Comisión haya incurrido en error al evaluar el grado de invalidez del solicitante, no susceptible de corregir por la vía de apelación, en el ejercicio del principio de revocabilidad de los actos administrativos, podrá revocar o dejar sin efecto el referido dictamen con autorización de la Superintendencia. Para el efecto, deberá disponer en su sistema informático un formato libre de dictamen.

ANEXOS LETRA D

ANEXO N° 1

CITACIÓN

REMITENTE

Superintendencia de Pensiones

Comisión Médica Región _____

Calle _____ N° _____

Piso _____ Oficina _____

DESTINATARIO

Sr (a). _____

Calle / pasaje _____ N° _____ Block _____

Depto. N° _____ Población/Villa _____

Comuna _____ Ciudad _____

CITACIÓN N°

ANT.: Solicitud de Calificación (Revaluación) de Invalidez N°

MAT.: Envía citación.

FECHA:

Con la finalidad de iniciar el trámite de calificación (revaluación) de su invalidez, requerida por la solicitud del antecedente, agradeceré a usted se sirva concurrir a esta Comisión Médica a la dirección arriba indicada, para lo siguiente:

1. Ser atendido por el Doctor (a) _____, el día _____, de _____, de _____, a las _____ horas.
2. Para retirar Orden de Examen / Orden de Interconsulta Médica, el día _____, de _____, de _____, a las _____ horas.

Indicaciones para realización de exámenes: _____

Para este efecto, deberá traer su Cédula de Identidad y el comprobante de Licencia Médica si procediere.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA _____ REGIÓN

Distribución:

- Archivo Expediente Calificación Invalidez

ANEXO N° 2

ORDEN N°
EXPEDIENTE N°
FECHA

ORDEN EXAMEN MÉDICO INTERCONSULTOR DOMICILIARIO

Vence:

DOCTOR :

ESPECIALIDAD :

PRESENTE

1. Ruego a usted concurrir al domicilio (Centro Hospitalario o Centro Penitenciario) del (la) señor (a), Cédula de Identidad N° _____, dirección _____ (Beneficiario de _____, Cédula de Identidad N° _____), de quien se requiere una evaluación de su especialidad con el fin de proceder al estudio y calificación de su invalidez.
2. Es necesario que usted determine con la mayor precisión la enfermedad, los impedimentos para concurrir a la Administradora o Instituto de Previsión Social y a la Comisión Médica, los tratamientos efectivamente recibidos, respuesta a éstos, fechas de cambios importantes en el curso de la enfermedad, estado actual, terapéuticas actuales y grado de recuperabilidad.

Asimismo, deberá determinar la capacidad funcional, en grados de fuerza, movimiento, dolor, o lo que proceda de acuerdo al órgano, y completar los formularios Anamnesis, Examen Físico y Conclusión adjuntos.

Recuerdo a usted que, debe verificar con la Cédula Nacional de Identidad del interesado la identidad de éste. Puede aceptar exámenes o informes que disponga el afectado si estima que aportan elementos relevantes a la calificación de invalidez, por cuanto se trata de obtener un informe objetivo y veraz. Cualquier requerimiento de mayor información que estime necesario, deberá ser provisto por la Comisión Médica. Además debe pedir que firme o estampe la huella digital en el segundo ejemplar de esta orden, mediante la cual cobrará sus honorarios, luego de ser atendido por usted.

No es necesario que se pronuncie respecto a grados de invalidez.

3. El afiliado deberá pagar por el peritaje un ___% del arancel correspondiente al grupo 1 del régimen de prestaciones de salud de la Ley N° 18.469.

La diferencia de costo deberá ser cobrada en _____ y su boleta remitida a nombre de _____ R.U.T. N° _____

FIRMA/HUELLA DIGITAL AFILIADO/BENEFICIARIO/SOLICITANTE

(Sólo después de haber recibido la prestación)

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA

NOTA: Si como resultado de su evaluación usted presume que la o las patologías invocadas tendrían un origen laboral, sea por un accidente del trabajo o enfermedad profesional de la Ley N° 16.744, deberá señalarlo expresamente.

ANEXO N° 3

**ORDEN N°
EXPEDIENTE N°
FECHA**

ORDEN DE EXAMEN LABORATORIO O ESPECIALIDAD

Vence:

1. Señores _____ esta Comisión Médica requiere que esa institución realice al (a la) Señor (a) Cédula de identidad N° _____, (Beneficiario de _____ Cédula de Identidad N° _____), los siguientes exámenes:

2. Esta Comisión Médica recuerda a esa entidad que las formalidades que debe cumplir para la realización de exámenes son las siguientes:

- a. Solicitar del interesado la orden de examen que le entregó la Comisión Médica.
- b. Verificar con la Cédula Nacional de Identidad, la identidad de la persona.
- c. No aceptar del interesado exámenes o informes, por cuanto se trata de obtener un informe objetivo y veraz. Cualquier requerimiento de mayor información que estime necesario, deberá ser provista por la Comisión Médica.
- d. Tratándose de placas radiográficas, éstas deberán contener en forma impresa mediante el mismo sistema gráfico utilizado para tomarlas, el nombre, la fecha y el número de la cédula de identidad del interesado.
- e. El resultado del o los exámenes sólo debe ser entregado a personal de la Comisión Médica, adjuntando la presente Orden de Examen. En el reverso de esta Orden deberán quedar las principales conclusiones.

3. El afiliado deberá pagar por la prestación un _____% del arancel correspondiente al grupo 1 del régimen de prestaciones de salud de la Ley N° 18.469.

4. La diferencia de costo será financiada por _____, R.U.T. _____ y deberá cobrarse en _____.

Examen solicitado por: _____

FIRMA/HUELLA DIGITAL AFILIADO/BENEFICIARIO/SOLICITANTE
(Sólo después de haber recibido la prestación)

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA

1º. Copia Informe Médico.

ANEXO N° 4

ORDEN N°
EXPEDIENTE N°
FECHA

ORDEN EXAMEN MÉDICO INTERCONSULTOR

Vence:

DOCTOR :

ESPECIALIDAD :

PRESENTE

1. Concurrirá a su consulta el (la) señor (a) _____, Cédula de Identidad N° _____ (Beneficiario de _____, Cédula de Identidad N° _____), de quien esta Comisión Médica requiere una evaluación de su especialidad con el fin de proceder al estudio y calificación de su invalidez.

2. Esta Comisión Médica requiere que usted determine con la mayor precisión la enfermedad, los impedimentos, los tratamientos efectivamente recibidos, respuesta a éstos, fechas de cambios importantes en el curso de la enfermedad, estado actual, terapéuticas actuales y grado de recuperabilidad.

Asimismo, deberá determinar la capacidad funcional, en grados de fuerza, movimiento, dolor, o lo que proceda de acuerdo al órgano.

No es necesario que se pronuncie respecto a grados de invalidez.

3. Esta Comisión Médica recuerda a usted que debe verificar con la Cédula Nacional de Identidad del interesado, la identidad de éste y no debe aceptar exámenes o informes, por cuanto se trata de obtener un informe objetivo y veraz. Cualquier requerimiento de mayor información que estime necesario, deberá ser provisto por a esta Comisión.

Además, debe pedirle que firme o estampe la huella digital en la copia mediante la cual cobrará sus honorarios, luego de ser atendido por usted.

4. El afiliado deberá pagar por el peritaje un ____% del arancel correspondiente al grupo 1 del régimen de prestaciones de salud de la Ley N° 18.469, correspondiente a tres consultas médicas.

5. La diferencia de costo deberá cobrarse en _____ y su boleta remitirse a nombre de _____, R.U.T. _____, dirección _____

FIRMA/HUELLA DIGITAL AFILIADO/BENEFICIARIO/SOLICITANTE
(Sólo después de haber recibido la prestación)

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA

NOTA: Si como resultado de su evaluación usted presume que la o las patologías invocadas tendrían un origen laboral, sea por un accidente del trabajo o enfermedad profesional de la Ley N° 16.744, deberá señalarlo expresamente.

1ª. Copia Informe Médico.

ANEXO N° 5

**AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES
PROCEDIMIENTOS Y HOSPITALIZACIÓN**

FECHA _____

NOMBRE AFILIADO O SOLICITANTE O BENEFICIARIO _____

EXPEDIENTE N° _____

COMISIÓN MÉDICA _____

Autorizo a la Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones para que proceda a efectuar los exámenes, procedimientos y hospitalización necesarios para definir mis impedimentos.

Dejo constancia que se me ha explicado la naturaleza y fines de estas medidas y los riesgos implícitos en todo método diagnóstico.

En consecuencia, eximo de toda responsabilidad a la Comisión Médica por las consecuencias que puedan derivarse de estas medidas.

**NOMBRE Y FIRMA AFILIADO/SOLICITANTE/BENEFICIARIO
PARIENTE O APODERADO**

ANEXO N° 6

NOTIFICACIÓN

En virtud de lo establecido en el Artículo 30 del D.S. N° 57, que reglamenta el D.L. N° 3.500, de 1980, se envía copia de dictamen de invalidez, el cual ha quedado ejecutoriado en la fecha que se indica en el ángulo superior derecho del documento.

COMISIÓN MÉDICA REGIONAL

_____, ____ de _____ de _____.

DISTRIBUCIÓN:

- Solicitante
- Entidad Pagadora de Subsidios
- Empleador del Sector Público

ANEXO N° 7

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

CERTIFICADO

Certifico que con fecha _____, se presentó ante esta Comisión Médica Regional, la Solicitud de Calificación de Invalidez del solicitante (a) señor (a) _____, cédula nacional de identidad N° _____

El proceso de evaluación y calificación del grado de invalidez del solicitante, se encuentra en trámite normal/trámite de apelación, en conformidad a lo establecido en el D.L. N° 3.500, de 1980.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para ser presentado en la entidad pagadora de subsidios correspondiente (para los fines que estime pertinentes).

_____, ____ de _____ de 20

Dr. _____
PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ANEXO N° 8

OF. ORD. N°

ANT.:

MAT.:

FECHA:

DE : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA _____ REGIÓN

A : SEÑOR GERENTE GENERAL ISAPRE

En respuesta al requerimiento de calificación de invalidez efectuado por esa ISAPRE a través de la AFP _____ S.A., respecto del afiliado Sr. _____, adjunto sírvase encontrar el dictamen de invalidez por requerimiento de ISAPRE N° _____, de fecha _____, mediante el cual se declaró la invalidez parcial/total del afiliado, para el objeto exclusivo de lo solicitado.

Sobre el particular, debo hacer presente a usted que el afiliado suscribió en forma simultánea una solicitud de pensión de invalidez, la cual fue aprobada mediante el dictamen de invalidez para trabajador afiliado N° _____, de fecha _____.

En consecuencia, esa ISAPRE no deberá adoptar ninguna medida antes de que el dictamen del trabajador quede ejecutoriado, lo cual será notificado por esta Comisión Médica.

Si la Comisión Médica Central revoca el dictamen de invalidez correspondiente al afiliado, deberá entenderse revocado de pleno derecho el dictamen por requerimiento de ISAPRE.

Saluda atentamente a usted,

**PRESIDENTE
COMISIÓN MÉDICA _____ REGIÓN**

VISTOS: Los antecedentes e informes médicos, la Comisión Médica, de acuerdo con los artículos 4º y 11 del D.L. Nº 3.500 de 1980, dictamina lo siguiente:

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGOS	IMPEDIMENTO %	
		PARCIAL	COMBINADO GLOBAL

SUB TOTAL _____ %

FACTORES COMPLEMENTARIOS: PORCENTAJES

EDAD: _____
EDUCACIÓN: _____
DESEMPEÑO LABORAL: _____

SUB TOTAL _____ %

INVALIDEZ TOTAL _____ %

MENOSCABO DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO: _____

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA: _____
Por unanimidad o con el voto en contra del Doctor _____ (según corresponda)

TIPO DE PENSIÓN: _____

DEVENGAMIENTO DE LA PENSIÓN:
La invalidez, para los efectos del goce de la pensión respectiva, se establece a contar del _____

OBSERVACIONES: _____

SECRETARIO MÉDICO

PRESIDENTE

ANEXO N° 11

COMISIÓN MÉDICA DE
CONVENIOS INTERNACIONALES

CONVENIO INTERNACIONAL CHILE –

SOLICITUD DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

En virtud de lo establecido en la normativa vigente, esta Comisión Médica estima imprescindible que se practique al afiliado (beneficiario) señor (a) _____, R.U.T. N° _____, con residencia actual en _____, los siguientes exámenes:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA

ANEXO N° 12

**COMISIÓN MÉDICA DE
CONVENIOS INTERNACIONALES**

_____, _____ de _____ de 20

ACUERDO N° EXPEDIENTE N° SESIÓN N°
--

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	R.U.T.
-------------------------	-------------------------	----------------	---------------

VISTO: El expediente de la solicitud de calificación de invalidez del afiliado ya individualizado y establecido en el Convenio Internacional Chile – Noruega, promulgado por el D.S. N° 242, de 1998, del Ministerio de Relaciones Exteriores (Ejemplo) y en la normativa vigente, esta Comisión Médica,

ACUERDA:

Prorrogar el plazo de diez días para dictaminar, a contar del _____, por plazo indefinido, por lo siguiente:

Se espera la recepción de exámenes y/o informes médicos ya solicitados por esta Comisión al afiliado.

SECRETARIO

PRESIDENTE

NOTIFICACIÓN:

- Interesado
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Compañía de Seguros de Vida
- Archivo

ANEXO N° 13

COMISIÓN MÉDICA DE CONVENIOS INTERNACIONALES

DICTAMEN DE INVALIDEZ TRABAJADOR AFILIADO CONVENIO INTERNACIONAL CHILE -

Dictamen N° _____ Sesión N° _____ En _____, de _____ de 2 _____

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	CÉDULA IDENTIDAD N°	GABINETE
CALLE	N° DEPTO.	POBLACIÓN O VILLA
COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO
EMPLEADOR	CALLE N°	CIUDAD
A.F.P.	CALLE N°	CIUDAD
CIÁ. ASEGURADORA DE INVALIDEZ	CALLE N°	CIUDAD

VISTO: La Solicitud de Pensión de invalidez del afiliado ya individualizado, de fecha _____, conforme al Convenio Internacional Chile - _____, promulgado por el D.S. N° _____, de _____, del Ministerio de Relaciones Exteriores, los antecedentes e informes médicos consignados en el Expediente de Calificación de Invalidez N° _____, y de acuerdo a los Artículos 4º y 11º del D.L. N° 3.500, de 1980.

ESTABLECE:

DIAGNÓSTICOS _____

CÓDIGOS _____

MENOSCABO DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO: _____

CONSIDERANDO: _____

POR LO TANTO ACUERDA: _____

DEVENGAMIENTO DE LA PENSIÓN: La invalidez para efectos del goce de la pensión, se establece que ésta se devenga a contar del _____

OBSERVACIONES: _____

SECRETARIO MÉDICO

PRESIDENTE

NOTIFICACIÓN:

- Afiliado
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Compañía de Seguros de Vida
- Superintendencia de Pensiones.
- Archivo

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado afectado y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica de Convenios Internacionales, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al tercer día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o, habiéndose presentado, es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

ANEXO N° 14

COMISIÓN MÉDICA DE CONVENIOS INTERNACIONALES

DICTAMEN DE INVALIDEZ BENEFICIARIO DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA CONVENIO INTERNACIONAL CHILE -

Dictamen N° _____ Sesión N° _____ En _____, de _____ de 2 _____

IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIO DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA CÓNYUGE VARÓN / HIJO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	CÉDULA IDENTIDAD N°	GABINETE
CALLE	N° DEPTO.	POBLACIÓN O VILLA
COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO

IDENTIFICACIÓN TRABAJADOR AFILIADO FALLECIDO O PENSIONADO INVALIDEZ - VEJEZ

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
A.F.P.	CALLE N°	CIUDAD
CÍA. ASEGURADORA DE INVALIDEZ	CALLE N°	CIUDAD

FECHA DE FALLECIMIENTO: _____

VISTOS: Los antecedentes e informes médicos, la Comisión, de acuerdo con el Convenio Internacional Chile - _____, promulgado por el D.S. N° _____, de _____, del Ministerio de Relaciones Exteriores, y los Artículos 4°, 8° y 11° del D.L. N° 3.500, dictamina lo siguiente:

ESTABLECE:

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGOS

La Comisión Médica estima que esta persona ha perdido _____% de su capacidad de trabajo.

POR LO TANTO ACUERDA: ACEPTAR INVALIDEZ PARCIAL / TOTAL A CONTAR DE _____ DE 20 _____
RECHAZAR INVALIDEZ

OBSERVACIONES: _____

SECRETARIO MÉDICO

PRESIDENTE

NOTIFICACIÓN

- Beneficiario
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Compañía de Seguros de Vida
- Superintendencia de Pensiones
- Archivo

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el beneficiario afectado y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica de Convenios Internacionales, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al tercer día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra del este dictamen o, que habiéndose presentado, es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

ANEXO N° 16

**COMISIÓN MÉDICA DE
CONVENIOS INTERNACIONALES**

OF. ORD. N°

ANT.:

MAT.: Notifica dictamen
ejecutoriado.

FECHA:

DE : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA DE CONVENIOS INTERNACIONALES

A : SUPERINTENDENTE DE PENSIONES

Esta Comisión Médica notifica a usted que con fecha....., ha quedado ejecutoriado el Dictamen de Invalidez/ Revaluación N°, de fecha....., correspondiente al Afiliado/Beneficiario, R.U.T. N°....., cuya fotocopia se adjunta.

Saluda atentamente a usted,

**PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA DE
CONVENIOS INTERNACIONALES**

DISTRIBUCIÓN:

- Afiliado
- Superintendencia de Pensiones
- Archivo

ANEXO N° 17

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

OF. ORD. N°

ANT.: Expediente N°

MAT.: Solicita evaluación de
invalidez laboral, conforme a
la Ley N° 16.744, en caso
que se indica.

FECHA,

DE : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN

A : (INSTITUCIÓN QUE CORRESPONDA)

El Sr. (a) _____, ha presentado su solicitud de Pensión de Invalidez ante esta Comisión Médica.

En atención a que de acuerdo a los antecedentes recabados y la declaración del propio afectado, la (s) afección (es) invalidante (s) que presenta el solicitante es (son) presumiblemente de origen laboral y siendo esta Comisión Médica incompetente para calificar este tipo de afección (es), solicita a esa institución pronunciarse acerca del origen de tales afecciones y en el evento que sean de naturaleza laboral y permanentes, evaluar el grado de pérdida de la capacidad de ganancia del afiliado antes individualizado.

Para el efecto, adjunto sírvase encontrar copia de los siguiente exámenes/evaluaciones médicas practicadas.

Esta Comisión Médica agradecerá su oportuna respuesta para resolver el trámite iniciado en la A.F.P. _____ y determinar si al afectado le asiste algún beneficio por el D.L. N° 3.500, de 1980.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN:

- (Institución que corresponda)
- Arch. Comisión Médica

ANEXO N° 18

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

OF. ORD. N°

ANT.: Expediente N°

MAT.: Solicita reevaluación de invalidez de origen laboral, de acuerdo con la Ley N° 16.744, en caso que se indica.

FECHA,

DE : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN

A : (INSTITUCIÓN QUE CORRESPONDA)

El Sr. (a) _____, ha presentado su solicitud de Pensión de Invalidez ante esta Comisión Médica.

En atención a que el solicitante registra una evaluación de su entidad, que le otorgó un ___% de pérdida de la capacidad de ganancia de origen laboral, con fecha _____, esta Comisión Médica solicita a ese Organismo reevaluar la incapacidad laboral del afectado, por cuanto esta Comisión carece de competencia para calificar este tipo de afecciones.

Esta Comisión agradecerá su oportuna respuesta para resolver sobre el trámite iniciado ante la A.F.P. _____ y determinar si al afectado le asiste algún beneficio por el D.L. N° 3.500, de 1980.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

Adj.: Fotocopia de antecedente

DISTRIBUCIÓN:

- (Institución que corresponda)
- Arch. Comisión Médica

ANEXO N° 19

MODIFICACIONES AL ARTÍCULO 19, DEL D.S. N° 109 DE 1968
ENFERMEDADES PROFESIONALES

Incorporación de enfermedades profesionales y/o agentes específicos asociados

ENFERMEDADES (artículo 19)	INCORPORACIONES Y ADECUACIONES
<i>Intoxicaciones</i>	Se incorporan los agentes químicos número 17) Alquitrán y petróleo, sus similares y derivados, y número 18) Plásticos y sus materias primas. (número 1, artículo 19)
<i>Carcinomas y lesiones precancerosas de la piel.</i>	Se reemplaza el término "Carcinomas" por "Cánceres", para no hacer referencia a la variedad histológica de la neoplasia. (número 3, artículo 19)
<i>Cáncer pulmonar y de las vías respiratorias.</i>	Se incorpora el Asbesto como agente específico causante de esta enfermedad, debido a su reconocido efecto cancerígeno. (número 7, artículo 19)
<i>Leucemia y aplasia medular.</i>	<i>Se agrega "otros trastornos hematológicos de origen profesional", manteniéndose los agentes específicos productores de estas enfermedades.</i> (número 9, artículo 19)
<i>Lesiones del sistema nervioso central y periférico: "encefalitis, mielitis y neuritis".</i>	Se incluye la "polineuritis", la cual se encontraba señalada en los artículos 23 y 24 del D.S. N°109. Se incorpora el agente físico número 23) Movimiento, vibración, fricción y compresión continuos, de manera de formalizar la incorporación de las lesiones compresivas de los nervios periféricos, entidades reconocidas como enfermedades profesionales en los trabajadores expuestos al riesgo. (número 10, artículo 19)
<i>Lesiones de los órganos del movimiento.</i>	Se incorpora la artrosis secundaria de rodilla, reconocida enfermedad profesional en los mineros del carbón (circular 3G/40 del Minsal), y se eliminan los calambres por corresponder a un síntoma y no a una enfermedad. (número 12, artículo 19)

<i>Neurosis profesionales incapacitantes.</i>	Se ejemplifican algunas patologías que engloban este término, las que han sido reconocidas como enfermedades profesionales, de esta forma se incorpora la frase "que pueden adquirir distinta forma de presentación clínica, tales como: trastorno de adaptación, trastorno de ansiedad, depresión reactiva, trastorno por somatización y dolor crónico." (número 13, artículo 19)
<i>Laringitis profesional con afonía.</i>	Se adecua la laringitis profesional con afonía por laringitis profesional con disfonía, con la finalidad de ampliar el término de esta reconocida enfermedad profesional (número 14, artículo 19) y se agrega "nódulos laríngeos", para todos los trabajos que expongan al riesgo y se compruebe relación de causa efecto con el trabajo. (número 14, artículo 19)
<i>Enfermedades infecto contagiosas y parasitarias.</i>	En concordancia con la incorporación de agentes infecciosos en el artículo 18 del D.S. N° 109, se incorpora la infección por virus de la Inmunodeficiencia humana, la hepatitis B, la hepatitis C, infección por hantavirus y la Fiebre Q. (número 15, artículo 19)
<i>Enfermedades generalizadas por acción de agentes biológicos: picadura de insectos (abejas, arañas, escorpiones)</i>	Se reemplaza "picadura de insectos" por "mordedura o picadura de arácnidos o insectos". (número 16, artículo 19)
<i>Se incorpora el angiosarcoma hepático.</i>	Asociado a la exposición laboral del agente cloruro de vinilo. (número 19, artículo 19)
<i>Se incorpora la "Enfermedad por exposición aguda o crónica a altura geográfica. Enfermedad por descompresión inadecuada".</i>	El agente físico "Aumentos o disminución de la presión atmosférica" se encontraba incluido en la lista de agentes específicos que entrañan el riesgo de enfermedad profesional. (número 20, artículo 19)

Fuente: Circular N° 2283, del 10 de marzo de 2006, de la Superintendencia de Seguridad Social.

ANEXO N° 20

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

N° EXPEDIENTE:

FECHA: _____

**RECLAMO ANTE LA COMISIÓN MÉDICA CENTRAL
DE LA SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

1. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL RECLAMANTE

2. R.U.T. _____
3. DOMICILIO _____
4. N° DICTAMEN _____
5. COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN _____

Con esta fecha, el (la) suscrito (a) arriba individualizado (a), interpone ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, reclamo por el dictamen señalado, por la(s) causa(s) que expone a continuación:

**TIMBRE Y FECHA
RECEPCIÓN C.M.R.**

FIRMA DEL RECLAMANTE

ANEXO N° 21

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ORD.: N°

MAT.: Notifica interposición de reclamo en
contra de dictamen de invalidez.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SEÑOR

Esta Comisión Médica Regional notifica a usted que con fecha....., ha recibido el reclamo interpuesto por, en contra del Dictamen N°....., de fecha, mediante el cual esta Comisión APROBÓ – RECHAZÓ la invalidez del Sr. (a)....., el cual será remitido a la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, para su resolución.

Del mismo modo, esta Comisión Médica cumple con informar que usted puede formular por escrito las alegaciones que estime pertinentes, respecto del referido reclamo, cuya copia encontrara adjunto, dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde la notificación del presente oficio.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

- Solicitante
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Instituto de Previsión Social
- Compañía de Seguros de Vida
- Archivo

ANEXO N° 22

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ORD.: N°

MAT.: Notifica interposición de reclamo en contra de dictamen de invalidez.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : GERENTE GENERAL ISAPRE

Esta Comisión Médica Regional notifica a esa Institución de Salud Previsional que con fecha....., ha recibido el reclamo interpuesto por, en contra del Dictamen por Requerimiento de ISAPRE N°....., de fecha, y del dictamen de trabajador afiliado N°....., de fecha....., mediante el (los) cual (es) esta Comisión APROBÓ-RECHAZÓ la invalidez del trabajador afiliado Sr. (a).....

El citado reclamo será remitido a la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, para su resolución.

En consecuencia, es necesario que esa Institución de Salud no adopte ninguna medida hasta que el (los) dictamen (dictámenes) de invalidez se entienda (n) ejecutoriado (s), circunstancia que será notificada oportunamente.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

- Sr. Gerente General ISAPRE
- Archivo C.M.R.

ANEXO N° 23

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ORD.: N°

MAT.: Remite reclamo en contra de dictamen de invalidez que indica.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA CENTRAL

Adjunto sírvase encontrar reclamo interpuesto por, N° de Ingreso....., de fecha, en contra del dictamen N°....., de fecha, de esta Comisión Médica Regional, correspondiente al afiliado/solicitante don (ña).....

El citado dictamen fue notificado al afiliado o solicitante o, a la Administradora de Fondos de Pensiones, Instituto de Previsión Social, Compañía Aseguradora de Invalidez, según corresponda, mediante guía de despacho N°....., ingresada en el Servicio de Correos y Telégrafos con fecha.....

En consecuencia, para resolución de esa Comisión Médica Central, adjunto sírvase encontrar el (los) expediente (s) de calificación de invalidez anteriores y documentación original que sustenta el expediente electrónico.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

- Sr. Presidente Comisión Médica Central
- Archivo C.M.R.

ANEXO N° 24

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ORD.: N°

MAT.: Notifica interposición de reclamo en contra de dictamen de invalidez de Comisión Médica Central Ampliada.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SEÑOR

Esta Comisión Médica Regional notifica a usted que con fecha....., ha recibido el reclamo interpuesto por, en contra del dictamen N° C.M.C.A....., de fecha, mediante el cual la Comisión Médica Central Ampliada de la Superintendencia de Pensiones, dictaminó que la invalidez declarada a favor del trabajador afiliado Sr. (a)....., PROVIENE – NO PROVIENE de accidente del trabajo o enfermedad profesional.

El citado reclamo será remitido a la Superintendencia de Seguridad Social, para su resolución.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

- Afiliado
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Compañía de Seguros de Vida
- Organismo Ley N° 16.744
- Archivo C.M.R.

ANEXO N° 25

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ORD.: N°

MAT.: Remite reclamo en contra de dictamen de invalidez de la Comisión Médica Central Ampliada.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

Adjunto sírvase encontrar reclamo interpuesto por, N° de Ingreso....., de fecha, en contra del dictamen N° C.M.C.A....., de fecha, mediante el cual la Comisión Médica Central Ampliada de la Superintendencia de Pensiones, dictaminó que la invalidez declarada a favor del afiliado don (ña)....., PROVIENE – NO PROVIENE de accidente del trabajo o enfermedad profesional.

El citado dictamen fue notificado al afiliado, a la Administradora de Fondos de Pensiones, Compañía de Seguros y al Organismo de la Ley N° 16.744,....., según guía de despacho N°....., ingresada en el Servicio de Correos y Telégrafos con fecha.....

En consecuencia, para resolución de esa Superintendencia, adjunto sírvase encontrar fotocopia del (los) expediente (s) de calificación de invalidez.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

-Sr. Superintendente de Seguridad Social
-Archivo C.M.R.

ANEXO N° 26

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ORD.: N°

ANT.: Oficio Ordinario N°....., de
fecha....., de Superintendencia de
Seguridad Social.

MAT.: Notifica pronunciamiento de
Superintendencia de Seguridad Social.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SEÑOR

En relación al reclamo interpuesto por.....
en contra del dictamen N° C.M.C.A....., de fecha, de la Comisión Médica Central
Ampliada de la Superintendencia de Pensiones, correspondiente al trabajador afiliado Sr. (a)
....., esta
Comisión Médica informa a usted que la Superintendencia de Seguridad Social por Oficio Ordinario N°
....., de fecha....., ha resuelto que la invalidez declarada a favor
del afiliado individualizado PROVIENE – NO PROVIENE de accidente del trabajo o enfermedad
profesional.

En consecuencia, el pronunciamiento de la referida Superintendencia ha CONFIRMADO – REVOCADO
el dictamen N° C.M.C.A., de fecha....., de la Comisión Médica Central Ampliada.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

-Afiliado

-Administradora de Fondos de Pensiones

-Compañía de Seguros de Vida

-Organismo Ley N° 16.744

-Archivo C.M.R.

ANEXO N° 27

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

DE LA SESIÓN N°.....

FECHA.....

RECURSOS DE REPOSICIÓN ADMINISTRATIVOS

El señor Presidente de la Comisión Médica Regional informa del recurso de reposición administrativo, N° de expediente....., interpuesto por ISAPRE....., en contra del dictamen por requerimiento de ISAPRE N°....., de fecha....., mediante el cual la Comisión Médica Regional declaró INVÁLIDO – NO INVÁLIDO, al trabajador afiliado don (doña), cédula nacional de identidad N°, para efectos exclusivos de lo solicitado; y.

CONSIDERANDO: Que, de acuerdo a la fecha de certificación del despacho por correo del dictamen recurrido ésta corresponde al día....., de, de y que, en conformidad con lo dispuesto en el inciso final del Artículo 30, del D.S. N° 57 de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento del D.L. N° 3.500, de 1980, deberá entenderse efectuada la notificación del Dictamen al tercer día de su despacho por correo; Que esta Comisión Médica recibió el recurso de reposición administrativo de ISAPRE, el día.....de.....de.....; y Que, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 59 de la Ley N° 19.880, el recurso de reposición administrativo debe ser interpuesto dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la fecha de notificación del acto que se impugna, en la especie el dictamen de Invalidez antes singularizado;

POR LO TANTO ACUERDA: Rechazar el recurso de reposición administrativo presentado en contra del dictamen de invalidez por requerimiento de ISAPRE N°....., de fecha, de esta Comisión Médica Regional, por haber sido interpuesto fuera de plazo.

PRESIDENTE

SECRETARIO

ANEXO N° 28

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ORD.: N°

ANT.: Recurso de reposición
administrativo interpuesto por esa
ISAPRE.

MAT.: Notifica acuerdo adoptado en
sesión.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : GERENTE GENERAL ISAPRE

En relación al recurso de reposición administrativo interpuesto por esa Institución de Salud Provisional en contra del dictamen por requerimiento de ISAPRE N°, de fecha....., de esta Comisión Médica Regional, correspondiente al trabajador afiliado don (doña)....., adjunto sírvase encontrar copia del acuerdo adoptado en sesión N°....., de fecha, mediante el cual esta Comisión Médica Regional acordó rechazar el citado recurso por haber sido interpuesto fuera de plazo.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

- Sr. Gerente General ISAPRE
- Afiliado
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Archivo C.M.R.

ANEXO N° 29

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ORD.: N°

MAT.: Notifica interposición de recurso de reposición administrativo en contra de dictamen de invalidez por requerimiento de ISAPRE.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SEÑOR

Esta Comisión Médica Regional notifica a usted que con fecha....., ha recibido el recurso de reposición administrativo interpuesto por ISAPRE....., en contra del dictamen por requerimiento de ISAPRE N°....., de fecha, mediante el cual esta Comisión declaró INVÁLIDO – NO INVÁLIDO al trabajador afiliado Sr. (a)

Del mismo modo, esta Comisión Médica cumple con informar que usted puede formular por escrito las alegaciones que estime pertinentes, respecto del referido recurso, cuya copia encontrara adjunto, dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde la notificación del presente oficio.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx
DISTRIBUCIÓN

- Afiliado
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Archivo CMR

ANEXO N° 30

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

DICTAMEN DE INVALIDEZ POR REQUERIMIENTO DE ISAPRE RECURSO DE REPOSICIÓN ADMINISTRATIVO

Dictamen N° _____ Sesión N° _____ En _____, de _____ de 2 _____

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	CÉDULA IDENTIDAD N°	GABINETE
CALLE	N° DEPTO.	POBLACIÓN O VILLA
COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO
EMPLEADOR	CALLE N°	CIUDAD
A.F.P.	CALLE N°	CIUDAD
CIA. ASEGURADORA DE INVALIDEZ	CALLE N°	CIUDAD
ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS	CALLE N°	CIUDAD

VISTO: El recurso de reposición administrativo interpuesto por ISAPRE _____, de fecha _____, en contra del Dictamen por Requerimiento de ISAPRE N° _____, de fecha _____, mediante el cual esta Comisión Médica Regional declaró INVÁLIDO – NO INVÁLIDO al trabajador afiliado arriba individualizado; los antecedentes, exámenes e informes médicos contenidos en el Expediente de Calificación de Invalidez N° _____;

ESTABLECE:

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGOS

INCAPACIDAD LABORAL

La Comisión Médica de acuerdo con el artículo 11° del D.L. N° 3.500, de 1980, dictamina lo siguiente:

OBSERVACIONES: _____

SECRETARIO MÉDICO

PRESIDENTE

NOTIFICACIÓN:

- Afiliado
- ISAPRE
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Superintendencia de Pensiones.
- Archivo

ANEXO N° 31

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

NOTIFICACIÓN

En virtud de lo establecido en el Artículo 30 del D.S. N° 57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que reglamenta el D.L. N° 3.500, de 1980, se envía copia de dictamen de invalidez, el cual ha quedado ejecutoriado en la fecha que indica en el ángulo superior derecho del documento.

COMISIÓN MÉDICA REGIONAL

.....,dede

DISTRIBUCIÓN

- Afiliado
- ISAPRE
- A.F.P.

ANEXO N° 32

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ORD.: N°

MAT.: Remite recurso de reposición administrativo interpuesto en contra de resolución que indica.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA CENTRAL

Esta Comisión Médica Regional ha recibido el Recurso de Reposición Administrativo interpuesto por, N° de Ingreso....., de fecha, en contra de la Resolución N° C.M.C....., de fecha, de esa Comisión Médica Central, correspondiente al afiliado / solicitante don (ña)

La citada resolución fue notificada al afiliado / solicitante, a la Administradora de Fondos de Pensiones, Instituto de Previsión Social, Compañía Aseguradora de Invalidez, según Guía de Despacho N°....., ingresada en el Servicio de Correos con fecha.....

En consecuencia, para resolución de esa Comisión Médica Central, adjunto sírvase encontrar el recurso antes referido; el (los) expediente (s) de calificación de invalidez respectivo (s); y copia de la Guía de Despacho por Correos de la resolución recurrida.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx
DISTRIBUCIÓN

-Sr. Presidente Comisión Médica Central
-Archivo C.M.R.

ANEXO N° 33

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ORD.: N°

MAT.: Notifica interposición de recurso de reposición administrativo en contra de resolución de la Comisión Médica Central. suspensión de los efectos de la resolución recurrida.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SEÑOR

Esta Comisión Médica Regional notifica a usted que con fecha....., ha recibido el recurso de reposición administrativo interpuesto por, en contra de la resolución N° C.M.C. N°....., de fecha, mediante la cual la Comisión Médica Central resolvió APROBAR – RECHAZAR la invalidez del trabajador afiliado /solicitante Sr. (a)....., el cual será remitido a la referida Comisión Central de la Superintendencia de Pensiones, para su resolución.

Del mismo modo, esta Comisión Médica cumple con informar que usted puede formular por escrito las alegaciones que estime pertinentes, respecto del referido recurso, cuya copia encontrara adjunto, dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde la notificación del presente oficio.

Por último, es necesario hacer presente a usted que la interposición del recurso de reposición administrativo *SUSPENDERÁ LOS EFECTOS DE LA RESOLUCIÓN RECURRIDA*, hasta la notificación de la Resolución definitiva de la Comisión Médica Central, en consecuencia, el proceso de calificación de invalidez del afiliado/solicitante antes individualizado se encuentra pendiente.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

- Afiliado/solicitante
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Instituto de Previsión Social
- Compañía de Seguros de Vida
- Archivo CMR

ANEXO N° 34

COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

OF. ORD. N°

ANT.: Expediente N°

MAT.: Solicita información
previsional de afiliado que
individualiza.

FECHA,

DE : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN

A :

El Sr. (a) _____, ha presentado su solicitud de pensión de invalidez ante esta Comisión Médica.

En atención a que de acuerdo a los antecedentes recabados y la declaración del propio afectado, tendría la calidad de pensionado por invalidez común en ese régimen previsional, esta Comisión agradecerá a ese Servicio tenga a bien informar si efectivamente el (la) Sr. (a) se encuentra en goce de pensión de invalidez común, el grado de ésta, como también las patologías o afecciones en virtud de las cuales se constituyó el citado beneficio a favor del (de la) afiliado (a), acompañando en lo posible copia de la Resolución del Organismo competente que declaró la invalidez.

Esta Comisión Médica agradecerá su oportuna respuesta para resolver el trámite iniciado en la A.F.P. _____ y determinar el beneficio que en su caso corresponda otorgar por el D.L. N° 3.500, de 1980.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN:

-

- Arch. Comisión Médica"

4. Modifícase del número 2 del Capítulo VII. CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ NO CONDUCENTE A PENSIÓN DE INVALIDEZ, de la Letra H. SITUACIONES ESPECIALES, de la siguiente forma:

4.1 Reemplázase el numeral iv. de la letra a), por el siguiente:

“iv. Los antecedentes de la solicitud de calificación de invalidez se enviarán a la comisión Médica de acuerdo a lo señalado en el número 1 del Capítulo III de la Letra D del presente Título. La “Solicitud de Calificación de Invalidez” formará parte del respectivo Expediente de Pensión y una copia se entregará al representante de la ISAPRE. Esta solicitud quedará sujeta a los mismos plazos y procedimientos establecidos para la solicitud de calificación de invalidez del trabajador afiliado.”

4.2 Reemplázase el segundo párrafo de la letra c), por el siguiente:

“Este dictamen es reclamable por el afiliado. Su emisión y reclamo se rigen por las disposiciones establecidas en la Letra D del presente Título.”

5. Reemplázase los formularios: “Dictamen de Invalidez – Trabajador Afiliado”, “Dictamen de Invalidez – Beneficiario de Pensión de Sobrevivencia”, “Dictamen de Invalidez por Requerimiento de ISAPRE”, “Dictamen Modificador” y “Dictamen de revaluación”, del Anexo N° 1 Formularios, por los siguientes:

**DICTAMEN DE INVALIDEZ
SOLICITUD DE PENSIÓN AFP
TRABAJADOR AFILIADO**

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO

NOMBRES :
R.U.T. :
DIRECCIÓN : CED. IDENTIDAD:
COMUNA : N° DEPTO. : POBL. :
CIUDAD : TELÉFONO :

EMPLEADOR :
DIRECCIÓN : N° : DEPTO.
COMUNA : CIUDAD :

A.F.P. :
DIRECCIÓN :
COMUNA : CIUDAD :

CIA. ASEGURADORA DE INVALIDEZ : ASOCIACIÓN DE ASEGURADORES DE CHILE A.G.
DIRECCIÓN : LA CONCEPCIÓN 351
COMUNA : PROVIDENCIA CIUDAD : SANTIAGO

ENTIDAD PAGADORA SUBSIDIO:
DIRECCIÓN: COMUNA : CIUDAD :

VISTOS:

Menoscabo de la capacidad de trabajo: ()

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA:

DEVENGAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Dr(a).

SECRETARIO

Dr(a).

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado o solicitante afectado, por la AFP, y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al quinto día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente con la firma digital de y de .

**DICTAMEN DE INVALIDEZ SOLICITANTE
PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA**

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRES :				
R.U.T. :				
DIRECCIÓN :				
COMUNA :	N	CED. IDENTIDAD:		POBL. :
		DEPTO.		TELÉFONO :
		CIUDAD :		

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

CAPRI / SUCURSAL :			
DIRECCIÓN :			
COMUNA :		CIUDAD :	
MUNICIPIO :		COMUNA :	

VISTOS:

Menoscabo de la capacidad de trabajo: ()

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA:

DEVENGAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Dr(a).

SECRETARIO

Dr(a).

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado o solicitante afectado, por la AFP, y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al quinto día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente con la firma digital de y de .

**DICTAMEN DE INVALIDEZ
SOLICITUD DE BENEFICIARIO**

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

NOMBRES	:			
R.U.T.	:			
DIRECCIÓN	:			
COMUNA	:			
		CED. IDENTIDAD:		
		N° DEPTO.		POBL. :
		CIUDAD :		TELÉFONO :

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO

NOMBRES	:			
R.U.T.	:			
DIRECCIÓN	:			
COMUNA	:			
		CED. IDENTIDAD:		
		N° DEPTO.		POBL. :
		CIUDAD :		TELÉFONO :

VISTOS:

Menoscabo de la capacidad de trabajo: ()

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA:

DEVENGAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Dr(a).

SECRETARIO

Dr(a).

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado o solicitante afectado, por la AFP, y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al quinto día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente con la firma digital de y de

**DICTAMEN DE INVALIDEZ
SOLICITUD DE ISAPRE**

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO

NOMBRES	:				
R.U.T.	:				
DIRECCIÓN	:	N	CED. IDENTIDAD:		POBL. :
COMUNA	:		DEPTO.		TELÉFONO :
	:		CIUDAD	:	
EMPLEADOR	:				
DIRECCIÓN	:	N°			DEPTO.
COMUNA	:	CIUDAD	:		
ENTIDAD PAGADORA SUBSIDIO:					
DIRECCIÓN:			COMUNA :		CIUDAD :

VISTOS:

Menoscabo de la capacidad de trabajo:

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA:

DEVENGAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Dr(a).

SECRETARIO

Dr(a).

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado o solicitante afectado, por la AFP, y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al quinto día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente con la firma digital de y de .

**DICTAMEN DE REEVALUACIÓN DE INVALIDEZ
TRABAJADOR AFILIADO**

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO

NOMBRES :	:				
R.U.T. :	:				
DIRECCIÓN :	:	N°	CED. IDENTIDAD:		POBL. :
COMUNA :	:		DEPTO.		TELÉFONO :
	:		CIUDAD :		
EMPLEADOR :	:				
DIRECCIÓN :	:	N°			DEPTO.
COMUNA :	:	CIUDAD :			
A.F.P. :	:				
DIRECCIÓN :	:				
COMUNA :	:		CIUDAD :		
ENTIDAD PAGADORA SUBSIDIO :	:				
DIRECCIÓN :	:		COMUNA :		CIUDAD :

VISTOS:

Menoscabo de la capacidad de trabajo: ()

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA:

DEVENGAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Dr(a).

SECRETARIO

Dr(a).

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado o solicitante afectado, por la AFP, y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al quinto día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente con la firma digital de y de .

**DICTAMEN DE REEVALUACIÓN DE INVALIDEZ
PRENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA**

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRES :				
R.U.T. :				
DIRECCIÓN :				
COMUNA :	N°	CED. IDENTIDAD:		
		DEPTO.		POBL. :
		CIUDAD :		TELÉFONO :

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

CAPRI / SUCURSAL :			
DIRECCIÓN :			
COMUNA :			
MUNICIPIO :		CIUDAD :	
		COMUNA :	

VISTOS:

Menoscabo de la capacidad de trabajo: ()

CONSIDERANDO:

POR LO TANTO ACUERDA:

DEVENGAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Dr(a).

SECRETARIO

Dr(a).

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado o solicitante afectado, por la AFP, y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al quinto día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente con la firma digital de y de."

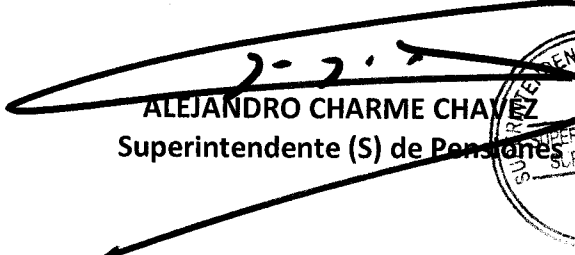
II. Modifícase el Título V. SISTEMA SOLIDARIO DE PENSIONES, de acuerdo a lo siguiente:


Reemplázase el decimotercer párrafo del número 1. del Capítulo I. PROCEDIMIENTO, de la Letra B. SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS, por el siguiente:

“Al ingresar la solicitud al Sistema de Información deberán imprimirse dos copias que deberá firmar el solicitante, una de las cuales quedará en su poder y la otra formará parte del respectivo expediente. Cuando se requiera calificar la invalidez del solicitante, el IPS remitirá la información de la solicitud a las Comisiones Médicas a más tardar al día hábil siguiente de verificados los requisitos legales que dan derecho a una PBS de invalidez. La información a remitir será aquella señalada para las Administradoras de Fondos de Pensiones, en el número 1 del Capítulo III de la Letra D del Título I del presente Libro.”

III. Vigencia

La presente norma entra en vigencia a contar de esta fecha, sin perjuicio de las disposiciones relativas al sistema de apoyo a la gestión de las Comisiones Médicas (SAGCOM), las que tendrán vigencia a partir de la puesta en marcha de dicho sistema.


ALEJANDRO CHARME CHAY
Superintendente (S) de Pensiones



Superintendencia de Pensiones
SUPERINTENDENTE
SUBROGANTE