



NORMA DE CARACTER GENERAL N° 283

Santiago, 16 de Junio de 2021

MATERIA

MODIFICA EL TÍTULO I, SOBRE PENSIONES, DEL LIBRO III DEL
COMPENDIO DE NORMAS DEL SISTEMA DE PENSIONES.

IDENTIFICACIÓN INTERNA: **NP-DDN-21-4**

OSVALDO MACÍAS MUÑOZ
SUPERINTENDENTE DE PENSIONES



1500091221

Verifique documento en <https://www.spensiones.cl/apps/certificados/vOficio.php>



NORMA DE CARÁCTER GENERAL N°

REF.: MODIFICA EL TÍTULO I, SOBRE PENSIONES, 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, el artículo 47 N° 6 de la Ley N° 20.255, se introducen las modificaciones contenidas en la presente Norma de Carácter General, al Título I del Libro III del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.

I. Modifícase la Letra D Pensión de Invalidez, de acuerdo a lo siguiente:

1. Modifícase el Capítulo III, de la siguiente forma:

a) Agrégase el siguiente título antes del número 1., “I. Proceso Regular de Calificación”.

b) Agrégase al final del capítulo, la siguiente sección:

“II. Proceso prioritario de calificación de invalidez, paralelo al proceso de certificación de enfermo terminal

1. Proceso de Calificación de Invalidez de los solicitantes de certificación de enfermo terminal, aplicable a solicitudes de pensión de invalidez enviadas automáticamente por las Administradoras

La Comisión Médica Regional deberá someter a tramitación las solicitudes de calificación de invalidez para todos los casos derivados por la Administradora, según lo establecido en el inciso 5° del Artículo 70 bis, de la Ley N° 21.309, que indica “*Al presentarse una solicitud de certificación de enfermo terminal por parte de un afiliado no pensionado o pensionado por invalidez parcial con pensiones transitorias, en ambos casos cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia, la Administradora deberá generar automáticamente una solicitud de calificación de invalidez o reevaluación de invalidez, según corresponda*”.

Para lo anterior la Fundación de Administración de Comisiones Médicas (FACM) y las AFP deberán tener en funcionamiento un Web Service, que permita el ingreso de solicitudes de calificación de invalidez marcadas como “*enfermo terminal*” que adjunten el certificado médico obligatorio (Anexo 2) y demás antecedentes aportados por el afiliado o pensionado. Las solicitudes de calificación de invalidez marcadas deberán someterse a un proceso de tramitación prioritario y en el plazo establecido en la ley.

2. Derechos del afiliado

Los afiliados cuya calificación de invalidez se esté realizando a través de un procedimiento prioritario como “*enfermo terminal*”, tendrán derecho a ser representados, a través de su médico tratante o a través de un médico asesor designado por la Comisión Médica Regional, para que asista como observador a las sesiones de dicha Comisión cuando ésta conozca de la calificación de su invalidez.

3. Plazo para dictaminar

La Comisión Médica Regional dispondrá de un plazo de 7 días hábiles para emitir su dictamen, contado desde la fecha en que se reciba la solicitud o se disponga de la totalidad de los antecedentes médicos requeridos, establecidos en la norma técnica de esta Superintendencia.

Si el afiliado comienza un proceso de certificación de Enfermo Terminal por el Consejo Médico de la Superintendencia, cuando se encuentre en la etapa de evaluación de la invalidez, la Comisión Médica Regional deberá aplicar el procedimiento prioritario rigiendo como plazo de término de la calificación aquél plazo menor entre el plazo señalado en el párrafo anterior y el plazo que falta para finalizar la calificación.

4. Tipos de dictámenes o acuerdos

Respecto de la calificación de invalidez del afiliado en procedimiento prioritario “*enfermo terminal*”, pueden producirse las siguientes situaciones:

a) *Dictamen que aprueba la invalidez del afiliado.*

Este dictamen puede aceptar una invalidez transitoria parcial o una invalidez definitiva total. En este último caso, al igual que en el caso de una invalidez previa, aquél corresponderá a un único dictamen.

No obstante lo anterior, si el dictamen se origina en una solicitud de calificación y reevaluación simultánea, tiene el carácter de segundo dictamen.

Con todo, si la Comisión Médica Regional no se pronuncia dentro del plazo de 7 días hábiles, se entenderá declarado inválido total al solicitante que haya sido certificado como enfermo terminal, debiendo la respectiva Comisión emitir un dictamen ejecutoriado que establezca dicha condición.

b) *Dictamen que rechaza la invalidez del afiliado.*

El dictamen podrá rechazar la solicitud de pensión de invalidez del afiliado por las causales que se indican en la letra b) del número 5., de la sección I. de este Capítulo.

c) *Incompetencia e incompatibilidad legal de beneficios.*

La Comisión Médica rechazará la invalidez por carecer de competencia legal cuando el afiliado presente solo patologías de origen laboral. En este caso, el afiliado deberá solicitar el beneficio en la institución de previsión a la cual le corresponde otorgar las prestaciones causadas por accidente del trabajo o enfermedad profesional.

Cuando el afiliado se encuentra pensionado por la ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, aun cuando presente nuevos impedimentos de origen común, la Comisión Médica se encuentra obligada a rechazar la invalidez por incompatibilidad legal de pensiones.

En estos casos, la Administradora deberá archivar el dictamen y la resolución, si procediere, en el expediente de pensión del afiliado y dará por finalizado el trámite de pensión de invalidez.

d) *Fallecimiento del afiliado.*

Si el afiliado fallece durante el proceso de calificación de invalidez, encontrándose certificado como enfermo terminal, se entenderá declarado inválido total, para todos los efectos legales, a través de un dictamen ejecutoriado de invalidez.

Con todo, será obligación de la Administradora informar en un plazo máximo de cinco días hábiles de recibido el dictamen desde la Comisión Médica Regional, a los beneficiarios declarados por el afiliado en la solicitud de pensión, a los beneficiarios o herederos que tomare conocimiento a través de la Solicitud de la Cuota Mortuoria y a cualquier otro del cual tuviere conocimiento, del derecho a solicitar el beneficio de aporte adicional como inválido total del afiliado.

Una vez ingresado el aporte adicional como inválido total, se calcularán las pensiones de sobrevivencia, las que se devengarán a contar de la fecha de fallecimiento del afiliado.

e) *Concurrencia*

El afiliado no deberá concurrir a la Comisión Médica Regional durante el proceso de calificación, salvo que sea absolutamente necesario. La Comisión deberá realizar la evaluación sólo en base al certificado médico y demás antecedentes presentados al momento de la solicitud de certificación de enfermo terminal, sin perjuicio que en caso de requerirse solicite la presentación de otros antecedentes o tome contacto directo con el solicitante.

f) *Incompetencia Jurisdiccional.*

La Comisión Médica que reciba una solicitud de calificación de invalidez de “enfermo terminal”, aun cuando no corresponda al lugar de trabajo, o al domicilio del afiliado, podrá realizar la calificación de invalidez solicitada, debiendo realizarla a través de un procedimiento prioritario como “enfermo terminal”.

Las Comisiones Médicas no evaluarán el grado de invalidez de afiliados mayores de 65 años de edad o de afiliados ya pensionados en el Sistema, aun cuando éstos estén en proceso de certificación de enfermo terminal.

g) *Dictamen modificadorio.*

La Comisión Médica Regional emitirá un dictamen modificadorio, de acuerdo al formulario definido en el Anexo N° 1 de este Título I de las Pensiones, cuando de oficio o a solicitud de una de las partes y/o a objeto de salvar un error administrativo o de transcripción se requiera efectuar alguna modificación en alguno de los siguientes ítems:

- Número de dictamen.
- Número de sesión.
- Fecha de dictamen.
- Datos identificatorios del afiliado.
- Dirección del afiliado.
- Empleador.
- AFP.
- Aseguradora.
- Entidad pagadora de subsidios.
- Fecha de la solicitud de pensión de invalidez.
- N° de Expediente de Calificación de Invalidez.
- Fecha de comparecencia.
- Diagnóstico.

- Códigos.
- Fecha de declaración de invalidez y devengamiento de pensión.

La Comisión Médica Regional no podrá modificar un dictamen que esté en conocimiento o haya sido conocido por la Comisión Médica Central, pues en tal caso procede que esta última efectúe la modificación requerida.

Ejecutoriado un dictamen de invalidez, de ser necesario emitir un dictamen modificatorio que aclare, corrija o enmiende algún aspecto del dictamen original, éste no será susceptible de reclamo ante la Comisión Médica Central, salvo que la modificación considere un cambio en la cobertura del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia o en la individualización de la Compañía Aseguradora. En este evento, la reclamación sobre la materia de fondo, sólo podrá ejercerla la institución afectada por el cambio, siempre que tal modificación sea requerida dentro del plazo de apelación del dictamen principal.

5. Notificación de la emisión del dictamen de invalidez “enfermo terminal”

La Comisión Médica Regional deberá notificar la emisión del Dictamen que aprueba o rechaza una invalidez a todas las partes del proceso, por cualquier medio electrónico idóneo para estos efectos.

Dicha notificación deberá efectuarse remitiendo el Dictamen respectivo, a más tardar al tercer día hábil siguiente de su emisión. Tratándose de la comunicación a los afiliados o pensionados, ésta deberá enviárseles por correo electrónico. En caso que no cuenten con un correo electrónico válido, deberá enviárseles por correo certificado al domicilio en el mismo plazo. En esta notificación se les deberá indicar a las partes que tienen un plazo de 3 días hábiles para reclamar, contados desde la fecha de notificación del dictamen.

Se entenderá por notificado un dictamen a contar del tercer día siguiente al envío de la comunicación del dictamen por un medio electrónico idóneo o 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.

6. Ejecutoriedad del dictamen de invalidez en caso de enfermo terminal

Se tendrá por ejecutoriado un dictamen de invalidez, cuando transcurrido el plazo de tres días hábiles desde la notificación de su emisión, éste no fue reclamado por las partes ante la Comisión Médica Central; o cuando habiendo sido reclamado por las partes, la Comisión Médica Regional ha notificado la ejecutoria de la Resolución emitida por la Comisión Médica Central.

En adelante, cada vez que se señale el término "dictamen ejecutoriado" se deberá entender que se refiere al dictamen emitido por la Comisión Médica

Regional o a la Resolución emitida por la Comisión Médica Central en los términos señalados.

7. Procedimientos especiales en aplicación del Art. 70 bis para calificaciones de invalidez de personas “certificadas como enfermo terminal”

Si el afiliado ha sido certificado como enfermo terminal y la Comisión Médica Regional no se pronuncia dentro del plazo establecido para este tipo de trámites, se entenderá declarado inválido total. Para estos efectos, el caso debe ser derivado a la sesión más próxima, a más tardar al día hábil siguiente de haber recibido el resultado de la certificación desde los Consejos Médicos. En dicha sesión se procederá a emitir un dictamen de inválido total y en el rubro de observaciones se indicará “*en aplicación del inciso 5º, del artículo 70 bis de la Ley N° 21.309*”. El dictamen emitido corresponderá a un dictamen ejecutoriado, debiendo la Comisión Médica Regional notificar la emisión del Dictamen que aprueba la invalidez total, a todas las partes del proceso, por cualquier medio electrónico idóneo para estos efectos.

8. Situaciones especiales

El procedimiento prioritario de calificación de invalidez de un enfermo terminal antes descrito, será igualmente aplicable al solicitante no cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia, que requiera dicha calificación para acceder a otros beneficios, tales como, la liquidación del Bono de Reconocimiento, el Aporte Previsional Solidario o la Garantía Estatal.

2. Modifícase el Capítulo IV, de acuerdo a lo siguiente:

a) Agrégase el siguiente título antes del primer párrafo, “I. Proceso Regular de Reclamación”.

b) Agrégase al final del capítulo, la siguiente sección:

“II. Proceso Prioritario de Reclamación para enfermo terminal

De acuerdo a lo establecido en el artículo 70 bis del D.L. N° 3.500, los dictámenes que emitan las Comisiones Médicas Regionales serán reclamables ante la Comisión Médica Central, por el afiliado y por la Compañía de Seguros correspondiente.

No obstante lo señalado, no serán reclamables, por ninguna de las partes involucradas, los dictámenes rechazados por causa administrativa.

Por intermedio del reclamo o apelación, las partes pueden manifestar todas las discrepancias o cuestionamientos que les merezca un dictamen de invalidez

determinado. Del mismo modo, el reclamo puede fundarse en que la invalidez declarada proviene de accidente del trabajo o enfermedad profesional.

1. Plazo para interponer el reclamo

Para efectos de interponer un reclamo ante la Comisión Médica Central, la parte interesada debe presentarlo por escrito, ante la Comisión Médica Regional que lo emitió, dentro del plazo de 3 días hábiles contado desde la fecha de notificación del dictamen.

El reclamo, ingresado por el interesado o por quien lo represente, deberá ser interpuesto en las oficinas o por correo electrónico de la Comisión Médica Regional.

Recibido un reclamo interpuesto por una de las partes, la Comisión Médica Regional notificará de su interposición a las demás partes, acompañando copia de la apelación e informándole que se trata de un proceso prioritario por enfermo terminal de calificación de invalidez.

2. Aplicación de procedimiento simplificado para apelaciones con tramitación prioritaria como enfermo terminal

La Comisión Médica Central deberá pronunciarse dentro de los siguientes 3 días hábiles desde recepcionados los antecedentes, aplicando un procedimiento simplificado, el que constará de las siguientes etapas:

- i) recepción de la apelación;
- ii) análisis de los antecedentes por el médico asignado al caso, el que podrá, en caso de requerirlo, solicitar antecedentes adicionales;
- iii) Presentación del caso a sesión y resolución inmediata.

Los aspectos operativos del procedimiento simplificado, serán definidos en el capítulo XIII de esta Letra.

Si el afiliado comienza un proceso de certificación de Enfermo Terminal por el Consejo Médico de la Superintendencia, cuando se encuentre en la etapa de apelación de la invalidez, la Comisión Médica Central, deberá aplicar el procedimiento simplificado, antes descrito, rigiendo como plazo de término de la apelación aquél plazo menor entre el plazo del procedimiento simplificado y el plazo que falta para finalizar la evaluación.

Asimismo, si el afiliado fallece durante el proceso de calificación de invalidez, encontrándose certificado como enfermo terminal, se entenderá declarado inválido total para todos los efectos legales mediante una resolución de la Comisión Médica Central.

Concluido el estudio del reclamo, la Comisión Médica Central pronunciará su fallo mediante una Resolución que confirmará o revocará el dictamen de invalidez objeto de apelación.

3. Resoluciones que se pronuncian sobre los dictámenes reclamados.

i. Aceptación de reclamos.

Si la Comisión Médica Central acepta el reclamo, se revocará el dictamen impugnado y se resolverá declarando la invalidez total o parcial, modificando el grado de menoscabo total o parcial otorgado en el dictamen y/o rechazando la invalidez, dependiendo de lo que se haya dictaminado en la etapa regional y de lo reclamado por la parte interviniente.

Si la resolución de la Comisión Médica Central acepta la invalidez rechazada en principio por la Regional, la revocación del dictamen implica que en su fallo deberá establecer la fecha de devengamiento de la pensión, de acuerdo a las disposiciones tratadas más adelante en el Capítulo VI de la presente Letra D.

ii. Rechazo de reclamos.

Si la Comisión Médica Central, concluye que la invalidez que presenta el afectado ha sido correctamente evaluada por la Comisión Médica Regional, de modo que no existe mérito para acceder a lo solicitado, rechazará el reclamo y, por consiguiente, confirmará el dictamen.

En los casos señalados la Resolución puede estar referida a un primer o segundo dictamen de invalidez.

4. Notificación de la Resolución

Una vez que la Comisión Médica Central emita su fallo deberá informarlo mediante el Sistema informático a la Comisión Médica Regional respectiva, la que procederá a notificar a las partes interesadas, aplicando el mismo procedimiento y plazo definido para notificar el Dictamen primitivo.

5. Situaciones especiales

El procedimiento prioritario de tramitación de la apelación al dictamen de invalidez de un enfermo terminal antes descrito, será igualmente aplicable en caso de solicitantes no cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia.

3. Modifícase el Capítulo XIII, de acuerdo a lo siguiente:

a) Modifícase el número 2., de acuerdo a lo siguiente:

- i. Agrégase al final del primer párrafo, a continuación del punto aparte que pasa a ser punto seguido, la siguiente oración:

“También se aplican a los afiliados y pensionados, que por haber presentado una solicitud de certificación como enfermo terminal, deben ingresar una solicitud de calificación de invalidez o de revaluación de invalidez, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 21.309.”

- ii. Agrégase en el segundo párrafo, a continuación de la expresión “calificación de invalidez”, la siguiente frase: “, ya sea con procedimiento regular o con procedimiento prioritario como enfermo terminal.”

b) Agrégase la siguiente letra o) nueva, pasando las actuales letras o), p), q), r) y s) a ser p) q), r), s) y t), respectivamente:

“o) Tramitación de las Solicitudes de Calificación de Invalidez para enfermos terminales

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

Al recibir una solicitud de calificación de invalidez para enfermos terminales, un funcionario administrativo deberá efectuar, en lo pertinente, el examen de admisibilidad y deberá verificar adicionalmente que contenga el certificado emitido y firmado por el médico tratante y el director médico, o su equivalente, del establecimiento de salud público o privado. En caso contrario, se devolverá la solicitud de calificación de invalidez.

Para los efectos de la citación con el médico asignado y de la comparecencia, los solicitantes de calificación de invalidez como “enfermo terminal”, se entenderán imposibilitados de comparecer en la Comisión Médica.

El plazo para la tramitación de este tipo de solicitudes es de 7 días hábiles contados desde la fecha de recepción de la solicitud o desde que se disponga de la totalidad de los antecedentes médicos requeridos por la Comisión Médica.

El médico asignado al caso debe evaluar la totalidad de los antecedentes presentados por el afiliado y en caso de no ser suficientes podrá entrevistar telefónicamente al solicitante y/o requerir de mayores antecedentes; los cuales pueden ser a través de la revisión de la ficha clínica, visita domiciliaria o cualquier otro antecedente necesario para dictaminar el caso.

Por el plazo involucrado, estos casos deben tramitarse en forma urgente e ingresar a la sesión más próxima una vez completado su estudio, en un plazo que no podrá exceder de 7 días hábiles.

En el rubro de observaciones del dictamen, se debe indicar que se trata de un caso de enfermo terminal consignando: “*En aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley N° 21.309*”.

Si el afiliado ha sido certificado como enfermo terminal y la Comisión Médica Regional no se pronuncia dentro del plazo establecido para este tipo de trámites, se entenderá declarado inválido total.

Para estos efectos, el caso debe ser derivado a la sesión más próxima a más tardar al día hábil siguiente de haber recibido el resultado de su certificación desde los Consejos Médicos. En dicha sesión se procederá a emitir un dictamen de inválido total y en rubro de observaciones se indicará "*En aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley N° 21.309*". Este dictamen tendrá el carácter de ejecutoriado y no será apelable por ninguna de las partes.

Si el afiliado fallece durante el proceso de calificación de invalidez, encontrándose certificado como enfermo terminal, se entenderá declarado inválido total para todos los efectos legales a través de un dictamen de invalidez.

Para efectos de lo indicado en el párrafo anterior, la Comisión Médica Regional, procederá a derivar el caso a la sesión más próxima a más tardar al día hábil siguiente de haber recibido el certificado de defunción. En dicha sesión se dictaminará como inválido total indicando en el rubro de observaciones "*En aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley N° 21.309*". Este dictamen tendrá el carácter de ejecutoriado y no será apelable por ninguna de las partes.

La notificación de los dictámenes de las solicitudes de calificación de invalidez como enfermo terminal, se realizará preferentemente por medios electrónicos y al correo electrónico consignado en la solicitud. En caso de no contar con un correo electrónico válido; se deberá notificar por correo certificado al domicilio del afiliado.

La notificación al resto de las partes se realizará por medios electrónicos, los que deberán ser auditables.

El plazo para presentar una apelación es de 3 días hábiles contados desde la fecha de notificación de dicho dictamen, el cual se entenderá notificado al tercer día siguiente al envío de la comunicación del dictamen por un medio electrónico idóneo o 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.

Reclamos o apelaciones en contra de un dictamen de calificación de invalidez identificado como enfermo terminal

El ingreso de la apelación por la Comisión Médica Regional, se registrará por el proceso normal.

Una vez ingresada la apelación por la Comisión Médica Regional al Sistema, de acuerdo al procedimiento regular establecido, el Sistema informático automáticamente asignará las apelaciones así ingresadas en forma homogénea y aleatoria entre los presidentes de sala de la Comisión Médica Central, identificando el caso como prioritario y enfermo terminal.

El médico presidente debe revisar la totalidad de los antecedentes del caso, completar los campos propios de su análisis en el Sistema para que en un plazo máximo de 3 días hábiles, contados desde el día siguiente del ingreso de la apelación a la Comisión Médica Central, emita la Resolución correspondiente.

Si una vez analizados todos los antecedentes del caso, el médico asignado concluye que no son suficientes para resolver, puede solicitar directamente sin ingresar el caso a sesión, las pericias adicionales que necesite, sean nuevas interconsultas o exámenes.

En el caso que se soliciten nuevas pericias, el plazo para resolver se suspende hasta la recepción de las mismas.

Una vez recepcionados los antecedentes adicionales requeridos, el plazo para resolver el caso es de 3 días hábiles, contados desde el día siguiente de la recepción de la totalidad de dichos antecedentes.

El médico Presidente asignado al caso, una vez concluido su análisis según las normas técnicas establecidas, lo ingresará directamente a la sesión más próxima, sin necesidad de realizar por parte del secretario la tarea de preparación de acta, la que se obtendrá automáticamente del Sistema Informático.

Una vez ingresado el caso a sesión, sigue el procedimiento regular establecido.

En caso de fallecimiento de un afiliado con la documentación respectiva y habiendo éste sido certificado como enfermo terminal por los Consejos Médicos, estando en trámite su proceso de calificación de invalidez, debe ser ingresado a la sesión más próxima, para que sea resuelto como inválido total. En este caso, la resolución debe indicar en el rubro Observaciones lo siguiente: "*En aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley N° 21.309*".

La notificación de las Resoluciones de reclamaciones a solicitudes de calificación de invalidez como enfermo terminal, se realizará preferentemente por medios electrónicos al correo electrónico consignado en la solicitud. En caso de no contar con un correo electrónico válido; se deberá notificar por correo certificado al domicilio del afiliado.

La notificación al resto de las partes se realizará por medios electrónicos, los que deberán ser auditables.

Modificación de dictamen:

Procede realizar una modificación de dictamen en las siguientes situaciones:

- i) Tratándose de un afiliado certificado como enfermo terminal cuyo fallecimiento se conoce en forma posterior a la emisión del dictamen o de la resolución y

previo a la ejecutoria de los mismos, siempre que el resultado de la calificación sea diferente a invalidez total.

- ii) Tratándose de un afiliado que cursa su trámite de calificación de invalidez normal y se reciben los antecedentes médicos asociados a la solicitud de certificación de enfermo terminal con posterioridad a la emisión del dictamen o la resolución y previo a la ejecutoria de los mismos; siempre que el resultado de la calificación sea diferente a invalidez total.

En la situación indicada en el punto i) la Comisión Médica Regional o Comisión Médica Central, según corresponda, debe modificar el dictamen o resolución calificando como inválido total al afiliado, consignando en el rubro *Considerando*, lo siguiente: *“Tomando conocimiento del fallecimiento del afiliado según certificado de defunción recibido (indicar fecha) y estando certificado como enfermo terminal, se procede a modificar el dictamen o resolución, según corresponda, en aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley N° 21.309”.*

En la situación indicada en el punto ii) la Comisión Médica Regional o Comisión Médica Central, según corresponda, debe analizar los nuevos antecedentes recibidos y/o completar el estudio con antecedentes adicionales si es que la Comisión Médica lo estima necesario, para proceder de acuerdo con el análisis efectuado. Si a juicio de la Comisión corresponde modificar el dictamen o resolución calificando como inválido total al afiliado, consignará en el rubro *Considerando*, lo siguiente: *“Tomando conocimiento de los nuevos antecedentes médicos presentados con fecha dd/mm/aaaa, a raíz de presentación de una solicitud de certificación de enfermo terminal, se procede a modificar el dictamen o resolución, según corresponda, en aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley N° 21.309.”.*

II. Agrégase la siguiente Letra D.1 Beneficios por Enfermedad Terminal, a continuación de la Letra D Pensión de Invalidez:

“D.1 Beneficios por Enfermedad Terminal

Capítulo I. Requisitos

Se entenderá por enfermo terminal toda persona con una enfermedad o condición patológica grave que haya sido diagnosticada, de carácter progresivo e irreversible, sin tratamiento específico curativo o que permita modificar su sobrevivencia, o bien cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces, y con una expectativa de vida inferior a doce meses.

Los criterios para acreditar la condición de enfermo terminal están contenidos en la norma técnica de esta Superintendencia.

Todo afiliado o pensionado que sea certificado como enfermo terminal por el Consejo Médico tendrá derecho a percibir una pensión calculada como una renta temporal a doce meses, la que será pagada por la Administradora a que estuviera afiliado a la fecha del pago, con cargo al saldo de su cuenta de capitalización individual de cotizaciones obligatorias, una vez reservado el capital necesario para pagar las pensiones de sobrevivencia y la cuota mortuoria, cuando corresponda.

Para los efectos de esta norma, se entiende por pensionados a aquellos afiliados pensionados por vejez o invalidez y a aquellos pensionados como beneficiarios de pensión de sobrevivencia.

Capítulo II. Solicitud de certificación de enfermo terminal

1. Instrucciones generales

El afiliado o pensionado podrá efectuar la presentación de la solicitud de certificación de enfermo terminal en la Administradora en la cual mantenga vigente su afiliación, a través de cualquiera de los canales de servicio de la AFP, adjuntando el certificado médico con formato preestablecido firmado por el médico tratante y el director médico, o su equivalente, de la institución de salud pública o privada correspondiente y adjuntando la autorización a los Consejos Médicos para la revisión de la ficha clínica, además de cualquier otro antecedente que estime pertinente. De esta forma, la Solicitud de certificación de enfermo terminal deberá estar disponible en los canales presenciales, remotos y digitales de la AFP.

Al momento de dar inicio a la solicitud del beneficio, por cualquiera de los canales de servicio de la AFP, la Administradora deberá informar al solicitante, que previo al ingreso de su solicitud, debe contactar a su médico tratante para solicitarle que lo acredite como enfermo terminal mediante el certificado que se señala más adelante en este número, cuyo formato se encuentra incluido en el Anexo 2. En el caso de solicitudes a través del sitio web de las Administradoras, deberá desplegarse el siguiente mensaje cuando el afiliado comience el trámite de certificación como enfermo terminal:

“Antes de ingresar su solicitud, usted o su representante, debe obtener de parte de su médico tratante y del establecimiento de salud público o privado que corresponda, un certificado médico que acredite su condición de salud, el que deberá adjuntarse a la solicitud. Su médico tratante deberá llenar directamente el certificado en el siguiente link: <https://certificadosET.portalafp.cl>

Su médico tratante, deberá enviarlo al establecimiento de salud público o privado que corresponda, donde haya recibido atenciones respecto de su enfermedad, para completar los datos correspondientes, firmar y timbrar por el director médico o su equivalente, el que deberá entregárselo por los medios que a usted le resulten más convenientes.

El certificado, debidamente llenado, firmado y timbrado, deberá adjuntarse a la solicitud que presente usted o su representante, por esta vía o por cualquiera de los canales de servicio de la AFP. Además, deberá adjuntar la autorización para que el Consejo Médico

pueda acceder a la revisión de la ficha clínica (la que se encuentra disponible para su llenado y envío en este link: [AFP completar con link a autorización \(Anexo 3\) disponible en sitio web de la AFP](#)). Adicionalmente, se le recomienda adjuntar la mayor cantidad de antecedentes médicos sobre su condición de salud principal.”

Si la solicitud se ingresa a través del Sitio Web u otro canal digital, la Administradora debe implementar un formulario electrónico e incluir la funcionalidad que permita al afiliado o pensionado, adjuntar el certificado médico, la autorización para los Consejos Médicos para la revisión de la ficha clínica y los antecedentes que desee aportar. Además, la AFP deberá tener disponible en el sitio la autorización para los Consejos Médicos, cuyo formato se encuentra contenido en el Anexo 3, de modo que el afiliado pueda imprimirla, llenarla y adjuntarla a la solicitud.

La solicitud también podrá ser recibida a través del Contact Center de la AFP, para lo cual la AFP deberá contar con ejecutivos especializados de asistencia que acompañen al afiliado o pensionado en todo el proceso de ingreso de la solicitud y acreditación de su condición.

En todos los canales presenciales la AFP deberá dar atención preferencial a estos afiliados y pensionados y a sus representantes, para ello debe tener una opción específica en el sistema de gestión de fila, que identifique este tipo de usuarios y el anfitrión de la sucursal deberá poder direccionar al afiliado o pensionado al módulo que se le asigne para su atención preferencial.

Cualquiera sea el canal por el que el afiliado o pensionado ingrese la solicitud, la AFP deberá proporcionarle información escrita acerca de la ruta del trámite, incluyendo sus principales hitos y plazos establecidos, destacando especialmente aquéllos en que el afiliado o pensionado deberá ejercer sus opciones. La entrega de la comunicación debe ser efectuada por medios verificables.

2. Certificado Médico

Para la emisión de los certificados médicos, las Administradoras deberán poner a disposición de los médicos e instituciones de salud, una plataforma web centralizada. Para generar el certificado, el médico tratante deberá ingresar a la plataforma, con validación de identidad a través del número de serie de la cédula de identidad. El ingreso a la plataforma con las referidas validaciones se considerará como una firma electrónica simple por parte del médico tratante. Luego de completada la información correspondiente el médico tratante seleccionará en la misma plataforma, el establecimiento de salud público o privado que corresponda, donde el afiliado o pensionado haya estado hospitalizado y que tenga registro de las atenciones recibidas, cuyo director médico o su equivalente, debe completar los campos que correspondan, para luego firmarlo y timbrarlo. El establecimiento de salud remitirá automáticamente una copia al correo del solicitante. Si el solicitante lo requiere también se le podrá entregar en forma física.

La AFP al recibir el certificado adjunto a la solicitud, deberá comprobar su autenticidad ingresando el número de serie en la plataforma, para verificar que corresponda a un certificado correctamente emitido. La Administradora deberá además verificar que el

certificado esté debidamente timbrado y firmado, que la identidad del paciente, por el que se otorga el certificado médico, coincida con la identidad del solicitante y que el médico tratante se encuentre inscrito en el registro de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud.

3. Solicitud del beneficio

3.1. Formato de la Solicitud

Para acceder al beneficio, se deberá presentar una solicitud en la Administradora en la cual el afiliado o beneficiario mantenga vigente su afiliación, a través de cualquiera de los canales de servicio de la AFP. La solicitud para acceder al beneficio de enfermo terminal deberá estar disponible en los canales presenciales, remotos y digitales de la AFP.

La Administradora debe implementar un formulario electrónico para la presentación de las solicitudes denominado “Solicitud de Certificación de Enfermo Terminal”, con la opción de adjuntar el certificado que acredite su condición de salud debidamente firmado y timbrado, la autorización para los Consejos Médicos, y demás antecedentes.

Para el ingreso de la solicitud, la Administradora deberá contar con el certificado médico, que cumpla con el formato del anexo 2 y la autorización para los Consejos Médicos, de acuerdo al formato del anexo 3. Se entenderá que la fecha de solicitud será a contar de la recepción conforme de estos documentos.

El formato de la solicitud por cualquier vía, deberá incluir, la siguiente información:

- N° solicitud (Correlativo AFP. código AFP. año) (*Este campo debe ser llenado por la Administradora*).
- Fecha de la solicitud. Corresponde a la fecha de la suscripción de la solicitud.
- RUT del solicitante (corresponde al RUT del afiliado o pensionado para quien se solicita el beneficio).
- N° de serie o número de identificación del documento.
- Nombre del solicitante (nombres y apellidos, del afiliado o pensionado, según corresponda).
- Tipo de afiliado o pensionado:
 - 1: Activo;
 - 2: Pensionado por vejez
 - 3: Pensionado por invalidez total
 - 4: Pensionado por Ley 16.744

5: Pensionado por invalidez parcial transitoria

6: Pensionado por invalidez parcial definitiva

7: Pensionado por pensión de sobrevivencia

- Cubierto por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (llenado opcional por parte del afiliado): SI/NO
- Fecha de nacimiento.
- Sexo: F/M
- Domicilio del solicitante: Calle, N°, Departamento o casa, Villa o población, Comuna, Ciudad, Región.
- Lugar donde cumple reposo: marcar una de las siguientes alternativas, Domicilio registrado; establecimiento hospitalario; otro.
- Domicilio lugar de reposo (completar si en lugar de reposo se contesta algo distinto a Domicilio registrado): Calle, N°, Departamento o casa, Villa o población, Comuna, Ciudad, Región.
- Fono contacto 1, obligatorio.
- Fono contacto 2, opcional.
- • Correo electrónico (obligatorio).
- Mandatario: SI/NO
- Datos del mandatario: obligatorio si se respondió SI en Mandatario: Nombre completo, RUT, fono de contacto, Email, todos campos obligatorios.
- Se debe adjuntar copia del mandato correspondiente y declaración jurada, según corresponda, anexo a la solicitud (de acuerdo al formato del Anexo 1).
- Indicar Modalidad de pago del beneficio al mandatario, en caso de mandato otorgado con facultad de cobro y percepción del beneficio.
- Se debe adjuntar Certificado Médico: corresponde al certificado emitido según normativa (de acuerdo al formato del Anexo 2), *Documento en PDF o JPG obligatorio* (los datos de identificación del solicitante y el diagnóstico son campos obligatorios, deben venir completos en el certificado).
- Se debe adjuntar Autorización para acceso de médicos del Consejo Médico a la Ficha Clínica del solicitante, de acuerdo al formato del Anexo 3. Los solicitantes deben llenarlo, firmarlo y adjuntarlo en formato PDF o JPG o presencialmente.
- De forma opcional, se pueden adjuntar otros antecedentes médicos,

correspondientes al conjunto de antecedentes médicos adicionales proporcionados por el afiliado o pensionado en formato PDF o JPG.

- Declaración de beneficiarios de pensión de sobrevivencia (Nombre completo, número de cédula de identidad, Relación de parentesco, Fecha de nacimiento, género/sexo y condición de invalidez, según corresponda).
- Autorizo a la AFP para que suscriba a mi nombre la Solicitud de Aporte Previsional Solidario, en caso de corresponder.
- Solicito traspaso de Aporte Previsional Voluntario SI/NO, indicar AFP o instituciones autorizadas (distintas a Compañías de Seguros de Vida) y montos totales o parciales.
- Solicito traspaso de fondos de mi cuenta de ahorro voluntario SI/NO, indicar AFP.
- Indico tener Depósitos Convenidos SI/NO, indicar las instituciones autorizadas o AFP.
- Indico tener Ahorro Previsional Voluntario Colectivo SI/NO, indicar las instituciones autorizadas o AFP.
- Solicito traspaso de saldo desde la Administradora de Fondos de Cesantía. SI/NO
- Modalidad de pago del beneficio (*Las modalidades de pago deben listarse y el afiliado o pensionado podrá elegir dos opciones, una principal y una alternativa en caso de falla de la principal*): Se deberá ofrecer primero la opción de depósito en cuentas corrientes, vista o de provisión de fondos de instituciones bancarias, financieras o cajas de compensación. Para lo anterior se deberá informar el N° de cuenta, Tipo de cuenta y nombre de la entidad. Respecto a la cuenta informada para el pago, las Administradoras deberán incluir un mensaje que señale:

“No está autorizado el depósito en cuentas bipersonales (con más de un titular), ni en cuentas digitales con procesos de apertura no presenciales, evite el rechazo de su solicitud.”

Luego, se deberán ofrecer las otras opciones: el pago en efectivo, indicando los proveedores, y el vale vista.

- Medio de emisión de la solicitud: online/presencial
- Nombre y RUT de encargado de la AFP que verificó la identidad del afiliado o pensionado, en caso de solicitud presencial o con intervención de ejecutivo de la AFP
- *Para su envío al Consejo Médico, la Administradora deberá completar en la solicitud los siguientes campos, en base al certificado médico adjuntado por el afiliado:*

✓ *Fecha de emisión del certificado médico, la fecha no puede ser anterior a 3 meses contado desde la fecha de la solicitud*

✓ *Institución de salud identificada en el certificado médico*

✓ *Nombre y RUT del médico tratante*

El formulario de solicitud deberá incluir instrucciones de llenado y opciones de ayuda contextual para apoyar el ingreso de datos.

El primer dato a requerir para el llenado de la solicitud, debe ser el número de cédula de identidad del afiliado o pensionado, incluyendo la serie o número de documento, el que debe ser validado en línea, al igual que la calidad de afiliado o pensionado en la AFP, no permitiendo continuar el ingreso de datos de no validarse correctamente estas dos variables. En este caso, deberá informar en línea al afiliado o pensionado el motivo por el cual no le permite continuar con el proceso.

Los siguientes campos requerirán doble digitación en el llenado de la solicitud: serie o número de documento de la cédula de identidad, dirección de correo electrónico, número de teléfono, y número de cuenta bancaria, o de instituciones financieras, incluyendo cooperativas de ahorro y crédito, y cuentas de provisión de fondos en cajas de compensación rechazando la información en caso de no ser coincidente. En el caso de la serie o número de documento de la cédula de identidad sólo se debe permitir el ingreso de letras mayúsculas. Deberá validar asimismo que los campos de correo electrónico y teléfono cumplan con la estructura de éstos.

En caso que no se completen los campos de información referidos a ahorros voluntarios, la Administradora deberá igualmente permitir avanzar en la suscripción del formulario de solicitud del beneficio.

En todo caso, al recepcionar una solicitud, la AFP deberá informar verbalmente o por escrito, al afiliado o al representante, lo siguiente:

- i. Que al suscribir el citado formulario está iniciando su trámite para certificar su calidad de enfermo terminal, el que podrá ser apelado ante el Consejo Médico de Apelación.
- ii. Que si se encuentra tramitando una pensión de vejez o vejez anticipada, dicho trámite se deberá suspender, para proceder con el trámite de pensión para enfermo terminal. En caso de ser rechazada su certificación de enfermo terminal, la solicitud de pensión de vejez o vejez anticipada se reanudará.
- iii. Que en caso de no estar pensionado y estar cubierto por el SIS o para acceder a beneficios complementarios, se solicitará su calificación de invalidez.
- iv. Que la evaluación o reevaluación de invalidez que esté en trámite, continuará aun cuando se hubiese negado la certificación de enfermo terminal por parte del consejo Médico de la Superintendencia.
- v. Que el objetivo de la solicitud de pensión de invalidez es que, en caso de aprobarse, se realice el pago del aporte adicional por parte de las Compañías de seguros de vida correspondientes o que se pueda acceder a otras prestaciones como pensionado por invalidez, como la liquidación del Bono de Reconocimiento o el acceso al pilar solidario.
- vi. El detalle del trámite completo de la certificación y de la calificación de invalidez en carácter prioritario, y sus posibles resultados.

- vii. Que si el dictamen del Consejo Médico declara su calidad de enfermo terminal tendrá derecho a percibir una renta temporal por un período de doce meses, la que se calculará dejando una reserva para pagar pensiones de sobrevivencia y la cuota mortuoria y, si cuenta con fondos suficientes, a retirar excedente de libre disposición, lo que eventualmente podrá agotar el saldo de la cuenta obligatoria.
- viii. Que en ningún caso, una vez certificado como enfermo terminal, podrá optar por una pensión bajo la modalidad de renta vitalicia.
- ix. Que los antecedentes por él entregados serán evaluados por los médicos del Consejo Médico de la Superintendencia y, además, si corresponde, para la calificación de la invalidez, por integrantes de la Comisión Médica Regional aun cuando podrán no ser determinantes por sí solos y formarán parte del correspondiente expediente de invalidez y de certificación de enfermo terminal.
- x. Que la solicitud presentada debe complementarse con el certificado médico exigido por Ley para estos efectos, firmado por el médico tratante y el director médico o su equivalente de la institución de salud pública o privada en la que se ha tratado o se está tratando.

3.2. Solicitudes por servicio telefónico (call center)

Las Administradoras deberán implementar procedimientos para la recepción de solicitudes a través de servicio telefónico, las que se sujetarán a las mismas instrucciones que las solicitudes efectuadas a partir del sitio web o canales digitales, en particular, lo relativo a la información a proporcionar al solicitante.

En este caso, las atenciones deberán ser grabadas, informando de ello al afiliado o pensionado y estar disponibles para la fiscalización de esta Superintendencia.

Se entenderá que la fecha de solicitud será a contar de la recepción conforme, de los documentos establecidos en el número 1 de este capítulo.

3.3. Solicitudes de beneficios por mandato o declaración jurada

La solicitud de beneficios por mandato o declaración jurada podrá realizarse principalmente por vía remota a través de la página Web de la respectiva Administradora o a través de los canales digitales habilitados para ello, conforme a lo indicado en el párrafo siguiente.

Las solicitudes podrán presentarse de acuerdo a lo especificado en el número 1. anterior, a través de mandatarios que cuenten con un mandato o poder general amplio, vigente, otorgado por escritura pública o por instrumento privado con firma autorizada ante Notario Público. Alternativamente, el afiliado o pensionado podrá otorgar un mandato especial simple de acuerdo al formulario establecido en el Anexo 1, en cuyo caso el mandatario deberá prestar la declaración jurada que se incluye en dicho anexo. Asimismo, se autorizan mandatos con firma electrónica avanzada, de acuerdo a la ley N° 19.799, con los debidos resguardos para evitar la ocurrencia de fraudes.

En caso que el mandante haya otorgado un mandato para un trámite de cobro de pensión en la AFP, que se encuentre vigente, se permitirá usar ese mandato para la tramitación de la solicitud y cobro de los beneficios como enfermo terminal.

El sitio web y los canales digitales, deben tener la opción para que el mandatario adjunte los respectivos mandatos.

Las solicitudes presenciales, incluyendo aquellas por mandato, se sujetarán a las mismas disposiciones que aquéllas presentadas a través del sitio web de las Administradoras, particularmente, en lo relativo a la información a proporcionar de parte del afiliado o pensionado, o su mandatario, así como la información que debe entregarle la Administradora.

En caso que el afiliado o pensionado no pueda expresar su voluntad, la solicitud de los beneficios podrá ser tramitada por un curador, un mandatario general o especial, cuyo poder haya sido otorgado por escritura pública o por instrumento privado con firma autorizada ante Notario.

Las declaraciones juradas que se presenten deberán contener el siguiente mensaje:

“El declarante que, con el objeto de obtener o facilitar la obtención indebida de los beneficios que establece la ley, para sí o para terceros, ocultare la identidad de todos o alguno de los beneficiarios; proporcionare antecedentes falsos o dolosamente ocultare antecedentes fidedignos, en perjuicio del solicitante, de una Administradora, de una Compañía de Seguros o del Fisco, será sancionado con las penas que establece el artículo 467 del Código Penal.”

La Administradora deberá implementar todos los mecanismos que aseguren la integridad y confidencialidad de la información presentada y deberá dejar registro del trámite y de los documentos que se presenten. Asimismo, deberán verificar siempre la autenticidad e integridad de todos los mandatos simples y de las declaraciones juradas que reciban. Además, deberán verificar la veracidad e integridad de aquellos otorgados por escritura pública o con firma autorizada ante Notario, cuando su autenticidad les merezca reparos.

Para efectos de lo anterior, deberá emplear tanto los datos que consten en la base de datos histórica de la AFP, como aquellos proporcionados en el formulario de solicitud del beneficio, debiendo dejar constancia de las acciones realizadas para verificar la autenticidad de los documentos, por medios fiscalizables. El beneficio solicitado no podrá ser tramitado mientras la Administradora no haya efectuado las acciones de verificación antes referidas. Además podrá, entre otras actividades, solicitar la ratificación de la voluntad del solicitante en visitas a su domicilio o lugar de residencia o a través de video conferencias, u otros procedimientos no presenciales, respecto de los cuales deberá quedar un registro auditable. Solo una vez verificada la autenticidad, el documento será válido para dar curso a la solicitud del beneficio y los otros actos cuyo mandato refiere.

Este procedimiento especial de validación no se aplica a los mandatos conferidos con anterioridad a la vigencia de esta Ley, que hayan sido otorgados para el cobro de pensiones, que se encuentren vigentes, los que pueden ser usados para la tramitación de la solicitud.

3.4. Solicitudes de beneficios para menores de edad

El Padre/Madre o quien tenga la patria potestad del menor solicitante, podrá realizar la solicitud y percibir los pagos de las rentas temporales.

4. Mecanismos de seguridad y revisión de la solicitud

4.1. Solicitudes digitales vía internet

Cuando la solicitud sea efectuada a través del sitio web, canales digitales y canales remotos, la Administradora deberá implementar la validación de la cédula de identidad como mecanismo de autenticación remota.

En caso que la cedula de identidad no sea validada correctamente, el afiliado o pensionado se podrá autenticar con su clave de seguridad u otro mecanismo de autenticación que la AFP implemente para validar la identidad del trabajador y mitigar el riesgo de fraude.

Los mecanismos de autenticación que la AFP implemente, distintos de los ya en aplicación, deben contar con la evaluación de riesgos de la Gerencia de Riesgo de la AFP.

4.2. Solicitudes presenciales

Cuando la solicitud sea efectuada de manera presencial, la Administradora deberá requerir la presentación de la cédula de identidad de los afiliados o pensionados, o bien podrá validarlo con su huella digital u otro mecanismo de autenticación implementado por la AFP.

Además, en el caso de solicitantes con cédula de identidad bloqueada o vencida más allá del plazo establecido en los Decretos N° 34, de 2020, y 11 y 116, de 2021, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, o de aquellos que los prorroguen, modifiquen o reemplacen, las Administradoras deberán implementar el ingreso de la solicitud autenticando con huella digital al afiliado o pensionado solicitante.

4.3. Revisión de la solicitud

Al recepcionar una solicitud, la Administradora deberá verificar si se trata de un afiliado o pensionado con saldo real o nocional en su cuenta de capitalización individual de cotizaciones obligatorias o de afiliado voluntario o depósitos convenidos. Si posee saldo cero en dichas cuentas deberá rechazarse la solicitud a menos que tenga Bono de reconocimiento emitido mayor a cero, o solicite traspaso de depósitos convenidos, APV, APVC, CAV o desde el Seguro de Cesantía, o se encuentre cubierto por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia. En caso de los beneficiarios de pensión de sobrevivencia, la Administradora deberá verificar la existencia del subsaldo que les corresponda.

Una vez realizado el ingreso a trámite de la solicitud, la Administradora deberá verificar en línea si el afiliado tiene un trámite de pensión de vejez o de vejez anticipada vigente. En cuyo

caso el sistema deberá desplegar un mensaje que comunique que la aprobación del beneficio de enfermo terminal dará término al trámite de pensión de vejez o vejez anticipada.

Además, la Administradora debe verificar que el afiliado o pensionado, no tenga una solicitud de enfermo terminal en trámite en los Consejos Médicos.

La Administradora deberá entregar o remitir al correo electrónico informado en la solicitud, un comprobante de la solicitud ingresada.

4.4. Validación del certificado médico

Respecto de los correspondientes certificados médicos, las AFP deberán validar, en primer lugar, los siguientes datos:

- a. Que el RUT del médico tratante esté en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud.
- b. Que la fecha de emisión del certificado tenga una antigüedad no superior a 3 meses.
- c. Que adjunte autorización para acceder a la ficha clínica debidamente firmada.

Además, la Administradora deberá validar la coincidencia de los nombres y RUT del certificado con aquellos que corresponden al afiliado o pensionado. Asimismo, deberá verificar que el informe se encuentre debidamente llenado en todos los campos correspondientes a la identificación del afiliado o pensionado, que esté firmado por el médico tratante y por el director médico de la institución de salud donde recibió tratamiento, su subrogante o alguna persona designada por él para estos efectos y timbrado por la institución.

Cuando el certificado tenga una fecha de emisión superior a tres meses, le indicará al solicitante que debe presentar un certificado con fecha más reciente, debidamente llenado, timbrado y firmado.

En caso que la validación del certificado médico no sea aprobada, la Administradora deberá, al día hábil siguiente de su recepción, informar al afiliado o pensionado la necesidad de efectuar las correcciones necesarias.

4.5. Comunicación al afiliado o pensionado

Al día hábil siguiente de remitida la solicitud de certificación y sus antecedentes al Consejo Médico, la Administradora deberá informar de dicha derivación al afiliado o pensionado. En esta comunicación se debe advertir que el Consejo Médico puede requerir la presentación de antecedentes adicionales. La comunicación será remitida al correo electrónico o al teléfono celular registrado en la solicitud y a aquéllos que estén registrados previamente en la base de datos si fueran diferentes. En caso que el solicitante no posea correo electrónico, se podrá informar mediante comunicación telefónica la que deberá ser registrada mediante grabación. Finalmente, en caso que se cuente solo con la dirección del afiliado, la

Administradora deberá enviar una carta certificada en el plazo de un día hábil desde la aceptación o rechazo administrativo de la solicitud.

4.6. Subsanación y rechazo de la Solicitud

En caso de requerirse al afiliado o pensionado la realización de correcciones en la solicitud o en el certificado médico, el plazo para efectuarlas será de 10 días hábiles desde que le sean solicitados por la Administradora. Una vez finalizado este plazo sin que el solicitante haya presentado en la Administradora la corrección solicitada, se procederá a rechazar la solicitud.

En caso de rechazo de la solicitud, las Administradoras deberán comunicarlo a los afiliados o pensionados, indicando con detalle, la causa del rechazo, evitando mensajes generales que no permitan al solicitante conocer con exactitud las razones de dicho rechazo. En la comunicación que informa el rechazo, se deberá indicar que se debe realizar una nueva solicitud y consecuentemente, el plazo para el otorgamiento del beneficio se contará desde la fecha de la nueva solicitud, si corresponde.

5. Solicitud de beneficios como ET cuando existe una Orden de Traspaso notificada y aceptada en la Administradora de destino

En el caso que un afiliado suscriba una solicitud de beneficios como enfermo terminal en la Administradora donde registre afiliación y que con anterioridad haya suscrito una Orden de Traspaso en otra AFP y que a la fecha en que se ingresó la referida solicitud la Orden de Traspaso ya se encuentre notificada por la respectiva AFP, la Administradora deberá aplicar lo instruido en el número 1 del Capítulo XXVI., de la Letra A, del Título III, del Libro I, de este Compendio, como si se tratara de la situación prevista (fallecimiento del afiliado) en el número 1 del Capítulo XX. Fallecimiento o Invalidez de un afiliado en un proceso de traspaso entre AFP, de la citada Letra A.

Si con posterioridad a la fecha de la operación señalada en el párrafo anterior, el afiliado suscribe una solicitud de beneficios como enfermo terminal, la Administradora antigua deberá aplicar las instrucciones establecidas en el número 6 del referido Capítulo XX, para lo cual la expresión “el aviso del fallecimiento” debe entenderse como la suscripción de la referida solicitud.

Por su parte, en el caso de aquellos afiliados en que se encuentre pendiente de pago el aporte adicional o el proceso de liquidación del Bono de Reconocimiento, el proceso de traspaso deberá dejarse sin efecto hasta que se ingrese una nueva solicitud de traspaso posterior a la acreditación en la cuenta individual del aporte adicional o del Bono de Reconocimiento, según corresponda.

A su vez, el afiliado que desee suscribir una solicitud de beneficios como enfermo terminal desde el día hábil precedente al del traspaso de los fondos, deberá efectuarla en la nueva Administradora, la cual estará obligada a recepcionar la citada solicitud y para efectos de los plazos contemplados para la tramitación del beneficio, se entenderá que la solicitud se presentó al día hábil siguiente de la fecha en que se materializó el traspaso de fondos. Si en

este mismo periodo de tiempo un afiliado quisiera suscribir la respectiva solicitud en la AFP antigua, a través de sus distintos canales de atención, ésta deberá proporcionar al afiliado toda la información y orientación necesaria para que efectúe el trámite de certificación como enfermo terminal en la nueva AFP.

Una vez dejada sin efecto la Orden de Traspaso, la Administradora deberá notificar al afiliado de este hecho, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que se dejó sin efecto dicha orden. La comunicación se efectuará a través de los medios que la Administradora estime convenientes, debiendo conservar los respaldos que permitan acreditar el cumplimiento de dicha obligación. Además, en dicha comunicación se deberá informar al afiliado que una vez efectuado el primer pago de la pensión definitiva de enfermo terminal, éste podrá suscribir una nueva Orden de Traspaso.

La Administradora deberá notificar al afiliado pensionado por enfermedad terminal, cuando se haya efectuado el primer pago de la renta temporal y el pago del excedente, cuando corresponda. Dicha notificación se podrá efectuar mediante la incorporación de una nota en el comprobante de pago de pensión del referido primer pago o dentro de los dos días hábiles siguiente de efectuado el primer pago de su pensión, a través de los medios que la Administradora estime convenientes, debiendo conservar los respaldos que permitan acreditar el cumplimiento de dicha obligación. Además, se deberá indicar que a contar de la fecha del primer pago de la renta temporal y del excedente, cuando corresponda, podrá suscribir una nueva Orden de Traspaso en la AFP a la cual desea traspasar sus saldos.

6. Procesos posteriores a la aceptación administrativa de la Solicitud

Una vez aceptada a trámite la solicitud, la Administradora deberá:

- 6.1 Verificar la calidad del afiliado o pensionado: activo, pensionado vejez, vejez anticipada, invalidez, sobrevivencia o pensionado de la Ley 16.774.

Además, en el caso de un afiliado activo, deberá verificar si tiene en curso un trámite de pensión, de existir alguno deberá proceder de acuerdo a lo siguiente:

- 6.1.1. Si se trata de una solicitud de invalidez o de reevaluación de invalidez esta seguirá su curso y la Administradora deberá remitir a la Comisión Medica Regional que corresponda copia del certificado médico correspondiente, junto con copia todos los antecedentes adicionales aportados por el afiliado o pensionado, a fin que acoja el trámite de invalidez al procedimiento prioritario para enfermos terminales, de acuerdo a lo señalado en el Capítulo XIII, de la letra D., de este Título. Este envío debe ser a más tardar el día hábil siguiente de validada la solicitud y mediante transmisión electrónica, para que sea incorporado al respectivo expediente de calificación de invalidez.

Para la implementación de la Ley 21.309, la Fundación Administración de Comisiones Médicas (FACM) y las AFP deberán tener en funcionamiento un nuevo Web Service paralelo al actualmente disponible, para que permita el envío de la copia del certificado médico y demás antecedentes solicitando así

prioridad como enfermo terminal para una solicitud de calificación de invalidez en curso. Además, dicha Fundación deberá marcar la solicitud de calificación de invalidez que está en curso como “enfermo terminal” de acuerdo a la ley.

- 6.1.2. En caso que el solicitante hubiese declarado en la solicitud un hijo inválido y éste no contare con un dictamen de invalidez, deberá ser calificado en la Comisión Médica Regional que corresponda. El envío de la solicitud de calificación debe ser efectuada conjuntamente con la del solicitante. No obstante, la Administradora deberá proceder con el trámite de los beneficios asumiendo que el hijo es inválido.
- 6.1.3. Si se encontrase en trámite de una pensión de vejez o vejez anticipada, la administradora deberá suspender dicho trámite y proceder con el de pensión para enfermo terminal, una vez que sea notificada la Administradora por parte de los Consejos Médicos.
- 6.1.4. Para el caso de pensionados de sobrevivencia el beneficio de renta temporal se calculará respecto del subsaldo que corresponda, no teniendo derecho al excedente de libre disposición.
- 6.1.5. Para quienes optaron por Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida y se encuentran en el periodo de Renta Temporal, tendrán derecho a reducir el monto de la Renta Temporal hasta el valor de una Pensión Básica Solidaria para mayores de 80 años y retirar como excedente la diferencia que se genera entre la Renta Temporal y la PBS.
- 6.2 Verificar la existencia de fondos disponibles en la cuenta de capitalización individual del afiliado.
- 6.3 Enviar al Consejo Médico la solicitud, de acuerdo a lo establecido en el punto 7 siguiente.
- 6.4 Determinar la cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia, de acuerdo al Libro II, Título I, letra D, Capítulo II, letra f., en el caso de afiliados activos.
- 6.5 Tratándose de afiliados no pensionados o pensionados por invalidez parcial con pensiones transitorias, sin una solicitud de calificación de invalidez en trámite, deberá generar automáticamente la solicitud de calificación de invalidez o de reevaluación de invalidez, si se trata de un afiliado cubierto por el SIS o que tenga derecho a bono de reconocimiento o que sea potencial beneficiario de Garantía Estatal o Aporte Previsional Solidario, y remitir copia del certificado médico y demás antecedentes presentados por el afiliado a la CMR, a fin que las Comisiones médicas realicen la calificación de invalidez de acuerdo con el procedimiento prioritario establecido para estos casos en el capítulo XIII, de la letra D, de este Título.

En dicho caso, se utilizarán los formularios de Calificación de Invalidez y de Reevaluación de Invalidez que se encuentran vigentes, los que deberán ser remitidos a través del Web Service a que se refiere el segundo párrafo del punto 6.1.1 anterior.

La solicitud de calificación de invalidez deberá incluir una marca que identifique el caso como prioritario por tratarse de un enfermo terminal.

La Administradora no deberá, bajo ninguna circunstancia, restringir la recepción de antecedentes médicos adicionales que el afiliado o pensionado desee adjuntar.

En el caso de afiliados de la Ley 16.744 no corresponde solicitar la calificación de invalidez.

6.6 Acreditar los beneficiarios de pensión de sobrevivencia declarados en la solicitud por los afiliados no pensionados, en base a la siguiente documentación:

- **Cónyuge:** Certificado de nacimiento y matrimonio.
- **Conviviente Civil:** Certificado de nacimiento y de Acuerdo de Unión Civil.
- **Hijos no inválidos:** Certificado de nacimiento.
- **Hijos inválidos:** Certificado de nacimiento y dictamen de invalidez.
- **Hijo por nacer a contar del quinto mes de gestación:** Certificado médico extendido por el Servicio de Salud respectivo, de acuerdo a lo establecido en el decreto supremo N° 75, de 1974, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el reglamento del decreto ley N° 307, de 1974.
- **Madre o Padre de Hijo de Filiación no Matrimonial:** Certificado de nacimiento.
- **Padres del Causantes:** Certificado de nacimiento.
- **Cónyuge anulado:** Certificado de nacimiento y matrimonio con la inscripción de nulidad. Mantendrán su derecho, en el caso de afiliados pensionados, si hubieren sido declarados como beneficiarios al otorgamiento de la pensión.

La Administradora estará obligada a obtener los certificados antes señalados o la información correspondiente, de acuerdo con los antecedentes disponibles en la declaración de beneficiarios del afiliado, en sus Bases de Datos y en el Servicio de Registro Civil e Identificación. En el caso de hijos por nacer con al menos cinco meses de gestación, será responsabilidad del afiliado proporcionar la certificación médica respectiva. Si un beneficiario hijo, corresponde a un afiliado declarado inválido parcial, aun cuando se encuentre dentro del período transitorio acreditará la calidad de beneficiario inválido mediante su Dictamen de Invalidez.

En esta instancia no se deberá exigir el cumplimiento de otros requisitos como por

ejemplo, ser estudiante, tener un cierto periodo de tiempo de matrimonio vivir a expensas, etc., ya que estos requisitos se deben cumplir al momento del fallecimiento del afiliado. En consecuencia, los potenciales beneficiarios de pensión de sobrevivencia deben ser considerados para determinar el capital necesario, para resguardar las pensiones de sobrevivencia que se deriven.

- 6.7 Solicitar la liquidación del Bono de Reconocimiento en caso de corresponder, de acuerdo al procedimiento establecido en Libro III, Título III, letra B, Capítulo VI.
- 6.8 Solicitar a las instituciones autorizadas que correspondan los Depósitos Convenidos y Ahorro Previsional Voluntario destinados al beneficio, lo anterior de acuerdo al procedimiento establecido en el Libro II, Título II, del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.
- 6.9 Efectuar la constitución de saldos disponibles para el financiamiento del beneficio de acuerdo al número 1., del Capítulo III siguiente.
- 6.10 Determinar el monto máximo de la renta temporal y el monto máximo de excedente de libre disposición e informar al afiliado las opciones y los efectos tributarios, de acuerdo al punto 2., del Capítulo III siguiente.
- 6.11 Iniciar el pago de la Renta Temporal y efectuar el pago del excedente, de acuerdo al punto 3. del Capítulo III siguiente.
- 6.12 En forma previa a tramitar una solicitud de calificación de invalidez, la Administradora deberá verificar si el afiliado tiene la calidad de beneficiario de una PBSI. Para ello, deberá revisar el archivo 1.1 Consulta de PBS de Invalidez y APS de Invalidez, del Anexo VII del Informe "Sistema de Pensiones Solidarias: Transferencia de datos entre el IPS, las AFP y las CSV", disponible en el sitio web de la Superintendencia de Pensiones en la referencia <http://www.spensiones.cl/descripArchivos>.

Para el afiliado que se encuentre recibiendo una PBSI, pero que no se encuentra pensionado por invalidez del DL 3.500, de 1980, será válido el dictamen que sirvió de base al otorgamiento del beneficio solidario, razón por la que la Administradora no deberá enviar la respectiva solicitud a la Comisión Médica Regional, salvo que corresponda una reevaluación.

- 6.13 Analizar la cuenta individual, rezagos y morosidad.

7. Envío de la solicitud al Consejo Médico

A más tardar al segundo día hábil, contado desde admitida a tramitación la solicitud del afiliado o pensionado, la Administradora deberá enviarla al Consejo Médico, acompañada del respectivo certificado médico, la autorización para acceso a la ficha clínica y demás antecedentes que el afiliado o pensionado hubiere adjuntado a aquélla. La Administradora no deberá, bajo ninguna circunstancia, restringir la recepción de antecedentes médicos adicionales que el afiliado o pensionado desee adjuntar. El envío se deberá realizar por Transferencia Electrónica de Archivos en formato XML según las definiciones publicadas en la página Web de la Superintendencia en el apartado Transferencia electrónica de archivos N°28 en el siguiente enlace <https://www.spensiones.cl/apps/tea/esquemasXMLTEA.php?id=xsd>.

En caso que la Administradora envíe la Solicitud de beneficio por Ley de enfermo terminal (SET) con datos inconsistentes o incompletos, ésta será devuelta en forma automática por las siguientes causales:

- Solicitud duplicada
- Rut del solicitante es inválido
- Solicitante ingresa una nueva solicitud teniendo una en trámite
- Fecha de emisión del certificado médico no es actual
- Fecha de la solicitud debe ser inferior o igual a la fecha de envío de la solicitud

Una vez ingresada la solicitud en el Consejo, este debe revisar los antecedentes ingresados y podrá devolver la Solicitud (SET) a la Administradora, por las siguientes causales:

- Certificado Médico no corresponde al normado
- Certificado Médico no corresponde al solicitante
- Certificado Médico incompleto
- Certificado Médico ilegible
- Autorización para acceso a ficha clínica incompleta

La Administradora, deberá contactar al solicitante para que complete o rectifique el certificado y/o la autorización para acceso a ficha clínica, o sea la misma Administradora la que corrija la solicitud, según corresponda. Para ello, la Administradora dispondrá de un plazo de cinco días hábiles, luego del cual deberá remitir al Consejo la misma solicitud, por la misma vía del envío original, con los antecedentes corregidos. La administradora deberá dejar registro de las gestiones realizadas.

Si en el plazo señalado, la Administradora no logra realizar las rectificaciones correspondientes, deberá rechazar la solicitud por no cumplir con los requisitos mínimos para su ingreso al Consejo, informando claramente los motivos de dicho rechazo al solicitante y al Consejo.

Comunicación de resultados entre el Consejo Médico y las Administradoras

El Consejo Médico notificará la aprobación o rechazo de la certificación de enfermo terminal a la Administradora, en un plazo de dos días hábiles contados desde su emisión, enviando

por medios electrónicos idóneos, la respectiva certificación. Toda certificación de enfermo terminal que sea aceptada, se entenderá ejecutoriada desde su dictación.

En caso de no presentarse una apelación en el plazo de cinco días hábiles, se entenderá ejecutoriada la certificación que rechaza la solicitud y deberá ser notificada a la Administradora respectiva y al afiliado al día hábil siguiente, por medios electrónicos idóneos.

Asimismo, el Consejo Médico de Apelación informará a la Administradora el resultado de las apelaciones que se presenten, enviando por medios electrónicos idóneos, dentro del plazo de dos días hábiles de emitida, la resolución de enfermo terminal.

En caso que, la Administradora tome conocimiento del fallecimiento de un afiliado a través de la presentación de un certificado de defunción o reciba una carta de desistimiento de la solicitud por parte del afiliado o de su representante, encontrándose en trámite su solicitud de pensión de enfermo terminal, deberá informar al Consejo Médico a más tardar al día hábil siguiente de la recepción de estos documentos, enviándolos por medios electrónicos idóneos. Lo mismo deberá aplicar en caso de recibir nuevos antecedentes médicos por parte del afiliado.

Capítulo III. Cálculo y pago de la pensión y del excedente

1. Constitución del saldo

Los recursos que constituirán el saldo para el financiamiento del beneficio son: saldo por cotizaciones obligatorias incluido Bono de Reconocimiento y aporte adicional, según corresponda, saldo por concepto de depósitos convenidos y saldo cuenta de afiliado voluntario. Además, se deberán considerar las cotizaciones voluntarias y depósitos de ahorro previsional voluntario y saldo de la cuenta de ahorro voluntario (Cuenta Dos) que el afiliado haya optado por destinar al financiamiento del beneficio, los cuales serán considerados al momento de determinar el beneficio, de acuerdo a la normativa vigente. Si la cuenta estuviera en dos tipos de fondo, se asignarán proporcionalmente.

Además, se debe considerar en la constitución del saldo para calcular la pensión, el saldo retenido, el saldo de reserva y el saldo nocional, esto último en el caso de beneficiarios del Pilar solidario a contar del 1° de enero de 2020 y en reemplazo del saldo de la cuenta individual obligatoria. Cuando los fondos en la cuenta individual obligatoria se agoten, en caso de existir saldo nocional, el Estado financiará el monto de la renta temporal o el excedente de libre disposición, según corresponda, a través de un complemento de pensión.

La prelación de los recursos para el pago de pensiones y de excedente será la misma que aquella establecida en la normativa vigente. El saldo nocional se considerará como parte de las cotizaciones obligatorias y se utilizará una vez que éstas se agoten.

Si corresponde solicitar la liquidación de un Bono de Reconocimiento, aporte adicional y el traspaso de recursos desde otra AFP o de instituciones autorizadas, se procederá a

determinar el saldo y los beneficios en base a los fondos disponibles en la AFP y luego se recalcularán los beneficios en la medida que se reciban dichos recursos. En ningún caso la recuperación de estos recursos demorará el otorgamiento de los beneficios. Asimismo, en el caso de retiros de fondos de conformidad a las Leyes N°s 21.248 y 21.295, se deberá efectuar el recálculo de los beneficios

El saldo destinado a la renta temporal corresponderá a:

$$SRT = STCCI - CNPS - CNCM$$

donde:

- SRT : Saldo destinado al financiamiento de la Renta Temporal valorizado en UF considerando los valores cuotas y UF de la fecha de la solicitud.
- STCCI : Saldo total destinado al financiamiento del beneficio.
- CNPS : Capital necesario para financiar las pensiones de sobrevivencia a contar del término del primer año de la Renta Temporal, corresponderá a:

$$CNPS = \frac{1}{1+r} (12 * pr * \sum cn)$$

donde:

pr = pensión de referencia del causante, en U.F, de acuerdo a lo siguiente:

Afiliados activos e : 70% del Ingreso base si es
 inválidos parciales cubierto por el seguro,
 transitorios 100% del retiro
 programado si es no
 cubierto por el seguro

Afiliados : 100% del monto mensual
 pensionados por del retiro programado. En
 vejez, vejez caso de inválidos parciales
 anticipada, definitivos si el saldo
 invalidez total y retenido no se encontraba
 invalidez parcial liberado deberá recalcular
 definitiva el retiro programado
 considerando dicho saldo

En todas las situaciones anteriores el monto de retiro programado que debe considerarse es el de cálculo, es decir sin ningún tipo de ajuste.

$\sum cn$ = suma de los capitales necesarios unitarios de cada uno de los beneficiarios, calculados de acuerdo al Libro III, Título I, Anexo 7, punto 1 del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones y considerando las edades de los beneficiarios al término de la renta temporal

CNCM : Valor actual de la cuota mortuoria, que corresponderá a

$$CNCM = \frac{15}{1+r} UF$$

r : Tasa de interés anual para el cálculo de los retiros programados y de las rentas temporales vigente

Los montos destinados al financiamiento de las pensiones de sobrevivencia y cuota mortuoria se mantendrán en el saldo cotizaciones obligatorias de la cuenta individual. Si el saldo de la cuenta individual estuviera en dos tipos de fondos, el valor de la reserva por concepto de pensiones de sobrevivencia y cuota mortuoria se distribuirá proporcionalmente entre los Fondos. Para el cálculo de la referida reserva se utilizarán las tablas de beneficiarios de pensión de sobrevivencia y la tasa de retiro programado anual.

En el caso de los pensionados de acuerdo a la Ley 16.744, no se deberá constituir reserva por cuota mortuoria ni para pensiones de sobrevivencia.

Si el saldo destinado al financiamiento de la Renta Temporal resultara insuficiente para financiar una Renta Temporal de monto igual a la Pensión Básica Solidaria de mayores de 80 años, por un periodo de 12 meses, no se efectuará reserva de capital para el pago de las pensiones de sobrevivencia y la cuota mortuoria.

La Tasa de interés para el cálculo de la renta temporal se mantendrá fija para el período de 12 meses.

La Renta Temporal se devengará a contar del primer día del mes en que se haya aprobado la solicitud.

En caso de ajustes al valor de la PBS, se aplicará siempre el valor vigente del mes en que corresponda el pago.

Determinación del sub saldo del beneficiario de pensión de sobrevivencia

$$\text{¿saldo beneficiario beneficiario}_i = \left[\frac{cnu \text{ beneficiario}_i}{\sum_{i=1}^{i=n} cnu \text{ beneficiario}_i} \right] * \text{Saldo Total}$$

Además, es necesario precisar las siguientes situaciones particulares:

a. Que el inciso 4° del artículo 66 del DL. 3.500, de 1980, establece que “Cuando sólo existieran hijos no inválidos con derecho a pensión, el monto del retiro programado podrá ser como máximo el valor equivalente a dos veces la pensión de referencia del afiliado causante” situación que se deberá tener presente para determinar el subsaldo.

b. Que cuando hay más de un beneficiario y uno tiene la pensión ajustada a la PBS la situación se encuentra establecida en el Libro III, Título I, letra F punto 4 letra b)

2. Monto de la Renta Temporal y del Excedente de Libre Disposición

La renta temporal mensual máxima, se determinará de acuerdo a la siguiente expresión:

$$RT_{\text{mensual}} = \sum_i \left[SRTCO_i * f \right] + \sum_i \left[SRTDC_i * f \right] + \sum_i \left[SRTCV_i * f \right] + \sum_i \left[SRTAV_i * f \right] + \sum_i \left[SRTC2_i * f \right] + \sum_i \left[SRTAPVC_i * f \right]$$

Donde:

- RT_{mensual} : Renta Temporal Mensual
- $SRTCO_i$: Saldo destinado a la Renta Temporal que corresponde a cotizaciones obligatorias en el Fondo Tipo i, en Unidades de Fomento.
- $SRTDC_i$: Saldo destinado a la Renta Temporal que corresponde a depósitos convenidos en el Fondo Tipo i, en Unidades de Fomento.
- $SRTCV_i$: Saldo destinado a la Renta Temporal que corresponde a cotizaciones voluntarias en el Fondo Tipo i, en Unidades de Fomento.
- $SRTAV_i$: Saldo destinado a la Renta Temporal que corresponde a la cuenta de capitalización individual de afiliado voluntario en el Fondo Tipo i, en Unidades de Fomento.
- $SRTC2_i$: Saldo destinado a la Renta Temporal que corresponde a los fondos traspasados desde la cuenta ahorro voluntario en el Fondo Tipo i, en Unidades de Fomento.
- $SRTAPVC_i$: Saldo destinado a la Renta Temporal que corresponde a la cuenta de capitalización individual de ahorro previsional voluntario colectivo en el Fondo Tipo i, en Unidades de Fomento.

$$f : \frac{r_m (1+r_m)^{11}}{\left[(1+r_m)^{12} - 1 \right]}$$

Donde r_m es la tasa de interés mensual equivalente a la tasa anual para el cálculo de los retiros programados y de las rentas temporales vigente.

Cada subsaldo deberá distinguir aquellos montos exentos del impuesto aplicado a las

pensiones, de acuerdo al régimen tributario que aplique a cada subsaldo.

En el caso que el afiliado opte por el excedente máximo, éste corresponderá al saldo total destinado a la Renta Temporal, menos el saldo necesario para financiar una renta temporal igual a la Pensión Básica Solidaria, para los mayores de 80 años, durante un periodo de doce meses. Este saldo necesario es igual a PBS/f.

En caso que el afiliado opte por un monto de excedente menor al máximo, con el saldo restante determinará el monto de la renta temporal.

Si el afiliado tiene fondos suficientes para financiar una Renta Temporal de monto mayor a la Pensión Básica Solidaria, para mayores de 80 años, la AFP deberá, a más tardar al segundo día hábil siguiente, contado desde la notificación por parte del Consejo Médico de la certificación o resolución que aprueba la solicitud, informar al afiliado lo siguiente: la constitución de los saldos destinados a su financiamiento y las distintas alternativas que tiene y sus efectos tributarios, para que el afiliado pueda ejercer su opción.

Los pensionados que retiraron ELD conforme al artículo 71 bis del Decreto Ley N° 3.500, de 1980, y optaron por una de las dos alternativas que contempla el artículo 42 ter de la Ley de Impuesto a la Renta (LIR), pueden determinar un nuevo ELD, al amparo del artículo 70 bis del Decreto Ley N° 3.500, de 1980, sujeto al tratamiento tributario del artículo 42 ter de la LIR, que debe determinarse según los límites de opciones, plazos y montos de este artículo, pero de manera independiente.

Determinado este nuevo ELD, en la forma y oportunidad que establece el artículo 70 bis del Decreto Ley N° 3.500 de 1980, podrá ser retirado libre de impuestos a la renta hasta por un máximo de 800 UTM durante un año, contado éste, desde el día del mes en que el afiliado efectúe el primer retiro libre de impuesto de este nuevo ELD, en la forma dispuesta en el artículo 48 del Código Civil, pudiendo por tanto fraccionarse y utilizarse en un máximo de dos períodos tributarios anuales consecutivos.

Del monto máximo de 800 UTM no se deberán rebajar los montos en UTM de los retiros de ELD determinados con anterioridad a la liberación dispuesta en el artículo 42 ter de la LIR y efectuados conforme lo dispuesto en el artículo 71 del Decreto Ley N° 3.500 de 1980, por lo que para efectos tributarios, este retiro se considerará como un nuevo retiro, independiente del retiro realizado al pensionarse.

Si el monto máximo de excedente de libre disposición es inferior o igual a 800 UTM, deberá mostrarle los valores de las siguientes alternativas:

- Renta Temporal Máxima y Excedente de libre disposición cero.
- Renta Temporal Mínima (PBS) y Excedente de libre disposición máximo.
- Que puede fijar un monto en UF de Excedente de libre disposición, ajustándose la Renta Temporal al monto que corresponda.
- Que puede fijar un monto en UF de la Renta Temporal, ajustándose el excedente de

libre disposición al monto que corresponda.

Si el monto máximo de excedente de libre disposición es mayor a 800 UTM, deberá presentar al afiliado los valores de las siguientes alternativas:

- Renta Temporal Máxima y Excedente de libre disposición cero.
- Renta Temporal Mínima (PBS) y Excedente de libre disposición máximo.
- Renta Temporal y Excedente de Libre Disposición de 800 UTM (libre de impuesto).
- Que puede fijar un monto en UF de Excedente de libre disposición ajustándose la Renta Temporal al monto que corresponda.
- Que puede fijar un monto en UF de la Renta Temporal ajustándose el excedente de libre disposición al monto que corresponda.

La AFP podrá informar toda otra situación tributaria que estime pertinente comunicar al afiliado, de acuerdo a su situación particular.

La AFP deberá comunicar al afiliado la información antes señalada, manifestándole que debe ejercer su opción de renta temporal y excedente, al cuarto día hábil contado desde que reciba la comunicación, en el formulario que para estos efectos implemente la Administradora. En la comunicación se deberá informar además al solicitante, que si no opta en el plazo antes señalado y mientras no seleccione una opción distinta, se le pagará la renta temporal máxima, sin excedente de libre disposición. La AFP deberá mantener respaldo de la opción seleccionada por el afiliado.

Si posteriormente ingresaran fondos a la cuenta individual, ya sea por concepto de aporte adicional, traspasos de recursos desde otra AFP, traspaso de recursos de una institución autorizada, traspaso de fondos desde el Seguro de Cesantía, traspaso de fondos desde la CAV, traspaso de fondos por convenio de seguridad social o por liquidación del bono de reconocimiento, la Administradora deberá recalcular los beneficios, y a más tardar al día hábil siguiente de acreditados los recursos, deberá informar al afiliado por los mismos medios y resguardos utilizados para el envío de información personal, el monto de la renta temporal si destina todos los recursos a dicha modalidad, los efectos tributarios de destinarlo todo a excedente, los montos si los distribuye en la misma proporción que la opción inicial y por último, que puede fijar el monto que desea destinar a uno de ellos y el otro se ajusta a lo anterior. En la medida que los ingresos o egresos afecten la pensión de referencia se deberá recalcular la reserva para el financiamiento de las pensiones de sobrevivencia, también en el caso de cambios en la declaración de beneficiarios.

En todos los escenarios, deberá explicar al afiliado los efectos tributarios e indicarle dónde informarse sobre aquéllos. La AFP deberá mantener respaldo de la opción ejercida por el afiliado respecto de las alternativas de monto de renta temporal y monto de excedente.

3. Pago de la Renta Temporal y del Excedente de Libre Disposición

El pago del beneficio deberá efectuarse en la cuenta informada por el solicitante, la que debe ser concordante con el número de cédula de identidad informado. El pago no podrá efectuarse en una cuenta bipersonal. En caso de rechazo de la entidad bancaria, la AFP utilizará la vía de pago alternativa informada en el formulario, debiendo informar al afiliado del cambio de vía de pago.

El pago de la primera renta temporal, de acuerdo a las normas establecidas en el Libro III, Título I, Letra I, del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones, deberá realizarse a más tardar al cuarto día hábil de recibida la notificación de la certificación o resolución del Consejo Médico, a quienes no tienen derecho a optar, o al cuarto día hábil posterior a aquel en que el afiliado ejerció su opción, respecto del monto de la renta temporal y del excedente de libre disposición.

Asimismo, en caso de haber retiro de excedente, se aplicará el orden de prelación establecido en la norma general y su pago deberá realizarse el mismo día señalado en el párrafo anterior.

Respecto de los descuentos de salud de afiliados a ISAPRE, si el solicitante no entrega su certificado de afiliación a la misma, junto con una declaración jurada (o en su defecto el FUN considerando como empleador a la AFP), se deberá pagar el descuento de salud en la Isapre informada por el médico en el certificado de enfermo terminal.

4. Aporte Previsional Solidario

Este beneficio no cambia los derechos que el afiliado habría obtenido en el Sistema de Pensiones Solidarias, si se hubiera pensionado en retiro programado bajo la norma general.

Para todos los afiliados que se acojan al beneficio solidario, la AFP en los archivos que se transmiten al IPS para efectos de la concesión de los beneficios solidarios deberá informar como pensión percibida, el monto del retiro programado en base a la cuenta de capitalización individual de cotizaciones obligatorias que habría percibido bajo la norma general.

Las Administradoras deberán calcular la PAFE de los afiliados por invalidez parcial transitoria a los que se les concede este beneficio. Si la PAFE es menor a la PMAS, deberá solicitar el aporte previsional solidario. Para efectos de lo anterior, si el afiliado es menor de 65 años de edad, la pensión de retiro programado que habría obtenido bajo la norma general deberá ser inferior a la Pensión Básica Solidaria.

5. Situaciones especiales

Si una vez calculada la renta temporal, la Administradora es informada de la emisión de un dictamen que califica de inválido al afiliado, deberá enterarse el aporte adicional y la AFP deberá recalcular la renta temporal y el excedente de corresponder.

Si la Administradora toma conocimiento del fallecimiento del solicitante, encontrándose en trámite su solicitud de certificación de enfermo terminal, se aplicarán las normas generales correspondientes a la condición del afiliado, esto es, activo o pensionado.

En caso de fallecimiento del solicitante ocurra habiendo sido certificado como enfermo terminal, el beneficio se devengará hasta la fecha de su muerte. Debiendo aplicarse lo siguiente, si corresponde:

- a. Si a la fecha de muerte no hubiera ejercido su opción de beneficio, se pagará la Renta Temporal máxima.
- b. Si a la fecha de fallecimiento el afiliado hubiese ejercido la opción con retiro de excedente de libre disposición, éste pasará a ser herencia sólo si su pago se encontraba emitido.

Con todo, la Administradora deberá informar al Consejo Médico a más tardar al día hábil siguiente de haber tomado conocimiento del fallecimiento del afiliado. Adicionalmente, de corresponder, deberá dar aviso en el mismo plazo a las Comisiones Médicas a través del Web Service respectivo.

Capítulo IV. Procedimiento de denuncias

Para aquellos casos de afiliados o pensionados que habiendo recibido la comunicación de la recepción de su solicitud de beneficio, o de aceptación y/o rechazo de ella, que manifiesten desconocer haber realizado dicha solicitud, las Administradoras deberán establecer un procedimiento expedito para recibir y procesar tales denuncias y para proceder a detener los cargos en la respectiva cuenta individual, debiendo informar de la respectiva denuncia a la Superintendencia a más tardar al día siguiente de la recepción de ésta. Si la Administradora tomara conocimiento de la denuncia en forma posterior al pago del beneficio, deberá investigar la situación y resolver a través de un reclamo normativo con un plazo de hasta 10 días hábiles para dictaminar y regularizar.

Capítulo V. Otras consideraciones

- a) Las AFP no podrán cobrar ningún tipo de comisión, en relación con las prestaciones que se determinen para los afiliados y pensionados que accedan a los beneficios como enfermos terminales.
- b) El pago de asesorías prestadas para la tramitación de la solicitud de beneficios por enfermedad terminal, no podrá realizarse con cargo al saldo del afiliado, debiendo por tanto el afiliado o el beneficiario de pensión, pagar directamente los honorarios por concepto de servicios de asesoría previsional.

Las Administradoras deberán informar a través de su sitio web que la contratación de asesorías previsionales para la tramitación del beneficio como enfermo terminal o cualquier otra asesoría relacionada con este beneficio, deberá ser pagada

directamente por el propio afiliado o beneficiario.

- c) El otorgamiento del beneficio de pensión como enfermo terminal, dejará sin efecto los trámites de desafectación y de desafiliación, situación que debe ser comunicada al afiliado.
- d) Si el afiliado solicitare el retiro del 10% de acuerdo a las leyes 21.248, 21.295 y 21.330, en cualquier etapa del proceso de beneficio como enfermo terminal, deberá priorizarse el pago del retiro del 10% considerando el saldo disponible en la cuenta de capitalización individual. El afiliado retirará de su saldo lo que corresponda de acuerdo a las referidas leyes, no debiendo realizarse recálculo de su renta temporal, la que se pagará hasta que se agote el saldo.
- e) Emitidos los nuevos documentos identificatorios a las personas que han cambiado su nombre y sexo registral en virtud de las disposiciones contenidas en la ley N° 21.120 o el cambio de orden de los apellidos de acuerdo a la Ley N° 21.334, deberán presumirse practicadas las modificaciones y subinscripciones que ordenan dichas leyes, por lo que estas personas podrán solicitar los beneficios como enfermo terminal o efectuar cualquier trámite personal en las AFP, exhibiendo su nueva cédula de identidad, sin que sea procedente requerir la presentación de los documentos de identidad originales.
- f) Respecto de los pagos de las prestaciones, que se efectúen por medio de un vale vista, la Administradora deberá informar al afiliado o beneficiario el nombre del banco y agencia en que aquél se encontrará disponible, además de indicar que si el vale vista no es cobrado en un plazo de 90 días, el monto del beneficio será devuelto a su cuenta de capitalización individual. La información relativa a la disponibilidad del vale vista deberá ser reiterada a los 30 días de emitido éste, de no haber sido cobrado. Las notificaciones antes mencionadas deberán ser enviadas al correo electrónico y teléfono celular que posea la AFP, que estén registrados previamente en la base de datos, además de los registrados en la respectiva solicitud de acceso a los beneficios. En caso de no contar con los datos de correo electrónico o celular, deberán enviarse al domicilio del afiliado mediante carta certificada.
- g) Las Administradoras a través de sus distintos canales de atención deberán disponer de información para los afiliados y pensionados respecto del estado de su solicitud de beneficios como enfermo terminal, informando de forma clara y precisa sobre las distintas etapas y situaciones del proceso (recepción de la solicitud, validación, aceptación-rechazo, causas del rechazo y fecha de pago), así como respecto del estado de los reclamos que puedan presentarse. Adicionalmente, durante el proceso de certificación de la calidad de enfermo terminal, las Administradoras podrán establecer un link al sitio Web de la Superintendencia, el que dispondrá de un apartado para que el afiliado consulte sobre el trámite en los Consejos.

- h) En el caso de rechazos de pago de los beneficios derivados de validaciones efectuadas con o por las instituciones financieras, se deberá comunicar clara, detallada y oportunamente la información a los afiliados y pensionados sobre el impedimento, con el objeto que aquellos puedan efectuar las correcciones pertinentes o soliciten un medio de pago alternativo a los que hubieren solicitado.
- i) En materia de gestión de reclamos, las Administradoras deberán registrar todos los reclamos asociados a la ley, cualquiera sea el canal de ingreso, asignándole tickets que permitan a los afiliados y beneficiarios hacer el seguimiento de sus casos. Adicionalmente, las Administradoras deberán informar proactivamente a los afiliados y pensionados acerca del avance de sus reclamos.
- j) En caso que el solicitante se encuentre con licencia médica, ésta no condicionará la fecha de pago del beneficio.
- k) En caso que el solicitante se encuentre afecto a alguna norma estatutaria especial, ésta no condicionará la fecha de pago del beneficio.

En atención a lo anterior, corresponde que la Administradora proceda a la concesión y pago de la pensión de renta temporal, no obstante que el afiliado funcionario público pueda tener derecho a percibir seis meses de remuneración sin obligación de prestar servicios, si es calificado como inválido o, si ya se encuentra gozando de este beneficio.

- l) La anulación o desistimiento del trámite de solicitud del beneficio como enfermo terminal podrá solicitarse hasta antes que se realice el primer pago del beneficio.

Capítulo VI. Registro Nacional de Profesionales de Apoyo para la Certificación de Enfermos Terminales

Antecedentes generales

El Registro Nacional de Profesionales de Apoyo, se crea en virtud de la solicitud de antecedentes adicionales que pueden realizar los Consejos, según lo establecido en el inciso 19, del artículo 70 bis del DL N° 3.500, DE 1980, y que se encuentra detallado en el reglamento.

De acuerdo a lo establecido en dicho reglamento, se crea un Registro Nacional de Profesionales de Apoyo, el que deberá contemplar, profesionales médicos, kinesiólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, entre otros profesionales de la salud, correspondiendo a la Superintendencia de Pensiones la mantención de este Registro y la fijación y calificación de los requisitos que dichos profesionales de la salud deben cumplir para su inscripción.

1. Requisitos de incorporación al Registro Nacional de Profesionales de Apoyo

Sólo podrán inscribirse en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo del Consejo Médico y del Consejo Médico de Apelación, las personas naturales que cumplan con los requisitos establecidos en los siguientes numerales.

a. Solicitud de inscripción

Los profesionales de la salud que deseen incorporarse deberán remitir a esta Superintendencia la respectiva solicitud de inscripción, ajustándose al formato establecido en el formulario a que se refiere el Anexo 4 de esta letra. Junto a esta solicitud, el interesado deberá acompañar la siguiente documentación:

- i. Currículum Vitae actualizado.
- ii. Copia de certificado de título profesional, habilitado por la Superintendencia de Salud.
- iii. Certificado de antecedentes
- iv. Copia de certificado de especialización o de postgrado, cuando corresponda.
- v. Declaración Jurada simple en que se señale que no se encuentra afecto a ninguna de las inhabilidades señaladas en el numeral 2.3 de este Capítulo (Anexo 5).

Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá solicitar otros antecedentes que considere necesarios para verificar que el interesado cumple con todos los requisitos para su inscripción.

En la mencionada solicitud de inscripción los postulantes deberán indicar la región o regiones en que estarían dispuestos a prestar sus servicios y que tipo de prestaciones están capacitados para realizar.

b. Competencias técnicas

Los postulantes al Registro Nacional de profesionales de apoyo deberán cumplir los siguientes requisitos según perfil:

Profesional Evaluador	
I. Servicio Solicitado	Antecedentes para certificación de enfermo terminal:
	Realizar una evaluación integral en su lugar de reposo a los solicitantes de certificación de enfermos terminales requeridos por el Consejo Médico y Consejo de Apelación.
	Revisión de ficha clínica del solicitante.
	Evaluaciones globales del estado de salud junto con evaluaciones específicas de la funcionalidad de los solicitantes en su lugar de reposo tales como: ECOG, Performance Status, CAM, Índice de Barthel, Escala de dísomovilidad, GDS-FAST, Índice Karnofsky, Escala visual de fragilidad, mMRC.
II. Requisitos de Formación	Título profesional universitario de una carrera de, a lo menos, 8 semestres de duración.

2. Inhabilidades e incompatibilidades para inscribirse en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo

Serán impedimentos para el ingreso al Registro Nacional de Profesionales de Apoyo al Consejo Médico y al Consejo Médico de Apelación, los siguientes:

- a) Ser miembro integrante del Consejo Médico o del Consejo Médico de Apelación, o haber sido miembro de cualquiera de ellos a la fecha en que se solicita la inscripción.
- b) Tener la calidad de cónyuge, hijo o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad y primer grado de afinidad inclusive, respecto de los miembros integrantes del Consejo Médico y del Consejo Médico de Apelación.
- c) Ser director, administrador, representante, trabajador contratado, socio o accionistas dueño del 20% o más de los derechos o acciones en una sociedad en la que algún miembro de los Consejos tenga participación.
- d) Ser trabajador de alguna Administradora de Fondos de Pensiones.
- e) Ser trabajador de alguna ISAPRE o tener contrato vigente como perito con alguna de ellas.
- f) Ser asesor previsional o socio de una Entidad de Asesoría Previsional, o tener contrato de trabajo vigente con alguno de ellos.
- g) Haber sido cesado o destituido de un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, salvo que hayan transcurrido más de cinco años desde la fecha de expiración de funciones.
- h) Estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos y/o hallarse condenado por crimen o simple delito.

Para efectos de lo establecido en este numeral, el postulante deberá efectuar una Declaración Jurada que acredite que no se encuentra afecto a ninguna de estas causales de inhabilidad, según se establece en el Anexo 5, la que deberá ser actualizada anualmente.

3. Ingreso de los postulantes al Registro Nacional

Una comisión evaluadora conformada por a lo menos dos de las Jefaturas de la División Comisiones Médicas y Ergonómica de la Superintendencia de Pensiones, determinará la incorporación final de los postulantes en el Registro Nacional.

4. Comunicación a los interesados en inscribirse en el Registro Nacional de los Profesionales de Apoyo a los Consejos Médicos

La Superintendencia comunicará la aceptación o rechazo de la inscripción en el Registro Nacional de los Profesionales de Apoyo mediante una carta de aviso remitida a los interesados, despachada al correo electrónico consignado en la solicitud de inscripción.

La comunicación anterior se efectuará dentro de los 30 días siguientes a la recepción en la Superintendencia, de la respectiva solicitud de inscripción.

5. Inhabilidades para realizar una evaluación en el lugar de reposo

Los profesionales inscritos en el Registro Nacional de los Profesionales de Apoyo tendrán las siguientes inhabilidades para la realización de las evaluaciones solicitadas:

- a) No podrá ser el médico tratante de los afiliados que sean o hayan sido sus pacientes. Se entenderá que el afiliado tiene esa calidad cuando haya recibido un tratamiento o haya sido asistido por el facultativo en los últimos seis meses o que al momento de la evaluación esté bajo su control médico o de salud.
- b) Tener la calidad de cónyuge, hijo o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad y primer grado de afinidad inclusive, respecto del solicitante.

Será obligación del profesional inhabilitarse de realizar una evaluación cuando concurra a su respecto una de las causales antes señaladas. La inhabilitación, deberá ser comunicada por escrito a esta Superintendencia, al día hábil siguiente de tomar conocimiento de su designación como profesional de apoyo.

6. Mantenimiento del Registro Nacional de Profesionales de Apoyo del Consejo Médico y Consejo Médico de Apelación

El Registro Nacional de Profesionales de Apoyo se publicará y mantendrá actualizado en el sitio web de la Superintendencia de Pensiones.

La información proporcionada por una persona incorporada al Registro Nacional debe ser actualizada cuando concurren, al menos, las siguientes circunstancias:

- a. Cuando exista una actualización de antecedentes informada por el profesional.
- b. Si desea inscribirse como profesional de apoyo en una nueva región no indicada inicialmente o se retira de alguna región en la que esté inscrito.

Para realizar la actualización el interesado deberá acompañar nuevamente la declaración jurada a que se refiere el Anexo 5.

7. De la eliminación del Registro Nacional de Profesionales de Apoyo del Consejo Médico y Consejo de Apelación

La Superintendencia de Pensiones eliminará del Registro Nacional a un profesional de apoyo por las siguientes causales:

- a) Cuando deje de cumplir los requisitos para su inscripción en el Registro Nacional.
- b) Evaluación deficiente por parte de esta Superintendencia de Pensiones respecto a su desempeño en aspectos tales como:
 - Concreción de la evaluación solicitada;
 - Incumplimiento de los plazos de entrega de los informes;
 - Reclamos que eventualmente manifiesten los recurrentes acerca de la actividad profesional ejercida;
 - Calidad y completitud de los informes;
 - Tener 3 rechazos dentro de un año correlativo para realizar un peritaje, sin argumentos sustentables a juicio de la Superintendencia de Pensiones.
- c) Fallecimiento del profesional, traslado dentro o fuera del país, renuncia voluntaria, o cualquier otra causa que lo imposibilite para su ejercicio.
- d) Cuando haya omitido informar a la Superintendencia dentro de plazo, la concurrencia de una causal de inhabilidad para efectuar una evaluación específica.

En caso que la Superintendencia elimine a un profesional del Registro Nacional deberá comunicarle su decisión mediante Oficio, informando el motivo por el cual se elimina, dentro de los 15 días hábiles siguientes a su eliminación.

Disposición Transitoria:

Entre el 1° de julio de 2021 y el 1° de julio de 2022, para la emisión de los certificados médicos, las Administradoras deberán poner a disposición de los médicos e instituciones de salud, una plataforma web centralizada. Para generar el certificado, el médico tratante deberá ingresar a la plataforma, con validación de identidad a través del número de serie de la cédula de identidad.

A continuación, el médico tratante deberá imprimir el certificado desde la plataforma, firmarlo, timbrarlo y entregarlo al solicitante en forma física o por medio de correo electrónico, según este lo requiera, quien lo hará llegar por los medios que le sean más convenientes, al establecimiento de salud público o privado que corresponda, donde el afiliado o pensionado haya estado hospitalizado y que tenga registro de las atenciones recibidas por su patología principal, para completar los datos que le correspondan, firmar, timbrar por el director médico o su equivalente y entregar al afiliado o a quien él designe para ello, por los medios que a este le sean más convenientes.

La AFP al recibir el certificado adjunto a la solicitud, deberá comprobar su autenticidad ingresando el número de serie en la plataforma, para verificar que corresponda a un certificado correctamente emitido. La Administradora deberá además verificar que el certificado esté debidamente timbrado y firmado, que la identidad del paciente, por el que se otorga el certificado médico, coincida con la

identidad del solicitante y que el médico tratante se encuentre inscrito en el registro de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud.

ANEXOS

ANEXO 1

MANDATO SIMPLE PARA SOLICITAR BENEFICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES CON DECLARACIÓN JURADA

Por medio del presente mandato, yo _____ el/la
mandante, Cédula de Identidad N° _____, de
nacionalidad _____ autorizo a
_____ como mandatario(a), Cédula de
Identidad N° _____, para presentar en la Administradora de Fondos de
Pensiones a la que me encuentro afiliado(a) una solicitud de beneficios como enfermo(a) terminal,
trámite que no puedo realizar personalmente por encontrarme en estado de postración.

Este poder es válido hasta el _____ de _____ de 20__ dicha fecha inclusive.
Se emite el presente mandato en _____ (ciudad y región) _____ a _____ días del mes
de _____ de _____ para ser presentado en la Administradora de Fondos
de Pensiones (nombre AFP) _____

Firman:

Nombre y cédula de
identidad Mandante

Huella digital

Nombre y cédula de
identidad Mandatario

Huella digital

DECLARACIÓN JURADA ADJUNTA A MANDATO

Por la presente Yo, _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Cédula de Identidad _____

Declaro bajo juramento que:

Cuento con un mandato otorgado por el solicitante:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres.

Cédula de Identidad _____

El referido mandato me autoriza a solicitar los beneficios de enfermo terminal a nombre del requirente, debido a que el estado de salud de aquél no le permite solicitarlos personalmente.

Día	Mes	Año

Fecha de emisión Firma del Declarante

“El declarante que, con el objeto de obtener o facilitar la obtención indebida de los beneficios que establece la ley, para sí o para terceros, ocultare la identidad de todos o alguno de los beneficiarios; proporcionare antecedentes falsos o dolosamente ocultare antecedentes fidedignos, en perjuicio del solicitante, de una Administradora, de una Compañía de Seguros o del Fisco, será sancionado con las penas que establece el artículo 467 del Código Penal.”

ANEXO 2

Certificado médico para certificación enfermo/a terminal

NOTA: si necesita más espacio sólo escriba en el casillero que automáticamente se ampliará. Las secciones A, B1, D, F, G, H e I son obligatorias, las otras secciones se deben llenar según la patología principal.

FECHA DE EMISIÓN:

A. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA EVALUADA (a llenar en todos los casos)				
Nombre completo				
RUN			Edad	
Previsión	FONASA		Isapre	
Teléfono casa			Teléfono celular	
Domicilio				
Correo electrónico				

B1. HISTORIA CLÍNICA (a llenar en todos los casos)	
Diagnóstico atingente a la solicitud	
Fecha diagnóstico atingente a la solicitud	
Condición actual y evolución últimos tres meses (descripción breve)	
Fundamentos y aspectos clínicos que apoyan el pronóstico de vida menor a un año	

B2. HISTORIA CLÍNICA ONCOLÓGICA (si corresponde) (si hay dos tumores primarios, emitir informe en relación al cáncer más avanzado y de peor pronóstico).				
Localización tumor primario (incluida leucemia y mieloma)				
Fecha y resultado biopsia (se recomienda adjuntar)				
Metástasis	Pulmonar		Hepática	
	Ósea		Otro (especificar)	
Se adjunta último Informe de Comité Oncológico (se recomienda adjuntar siempre)				
Unidad Cuidados Paliativos (fecha ingreso, nombre, fecha último control)				

**ÍTEM C. SE LLENAN DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO ATINGENTE A LA SOLICITUD,
IDENTIFICADO EN EL ÍTEM B**
(Completar con los antecedentes disponibles, si no se cuenta con ellos no completar el campo)

C1. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN ONCOLÓGICOS (si corresponde)	
Albúmina sérica	g/dL
Pérdida de peso (últimos 6 meses)	%
Disnea persistente	sí/no
Delirium (según CAM)	+/-
Disfagia persistente	sí/no
Necesidad de cuidados complejos/intensos continuados.	sí/no
ECOG	0 a 4

C2. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN BRONCOPULMONARES (si corresponde)	
Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones.	sí/no
MMRC	0 a 4
Confinado a domicilio con limitación de marcha.	sí/no
Índice de Barthel	pts
IMC	kg/m ²
Presión pulmonar	mmhg
Criterios espirométricos de función pulmonar (con BD):	
- CVF	%
- VEF1	%
DLCO ajustado	%
Necesidad de oxigenoterapia crónica.	sí/no
Saturación en reposo	%
Saturación en ejercicio	%
Test de marcha 6 minutos	mts
Deterioro funcional (últimos 6 meses)	sí/no
Exacerbaciones de manejo ambulatorio (último año).	Nº
Hospitalizaciones no planificadas (últimos 6 meses).	Nº
Hospitalizaciones en UTI/UCI por exacerbaciones (último año).	Nº
Aumento de la demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones de enfermería, otros).	sí/no
Hemoptisis recurrente	sí/no
PCO2 en gases arteriales.	sí/no

C3. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN CARDIOLÓGICOS (si

corresponde)	
Capacidad funcional actual	I a IV
Fracción eyección ventrículo izquierdo	%
Arritmias ventriculares malignas	sí/no
Hospitalizaciones por IC (último año).	Nº
Atenciones en servicio de urgencia por IC (último año).	Nº
Test de marcha 6 minutos	mts
IMC	kg/m ²
Velocidad de filtración glomerular (VFG)	ml/min

C4. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN NEUROLÓGICOS (si corresponde)	
Enfermedad neurológica vascular o traumática:	
Durante la fase aguda y subaguda (hasta 3 meses post-ACV o TEC): estado vegetativo persistente, de mínima conciencia, enclaustramiento, tetraplejía con compromiso respiratorio secuelar.	sí/no
Durante la fase crónica (más de 3 meses post-ACV o TEC): complicaciones médicas severas que llevan a un deterioro de la función neurológica (especificar cuáles).	sí/no (en caso de sí: especificar)
Enfermedad neurológica degenerativa:	
Disfagia progresiva	sí/no
Pérdida de peso (últimos 3 meses)	%
Gastrostomía	sí/no
Neumonía por aspiración recurrente	sí/no
Disnea o insuficiencia respiratoria con apoyo ventilatorio	sí/no
Hospitalizaciones por patologías severas intercurrentes relacionadas con patología de base (último año).	Nº
Demencia	sí/no (en caso de sí: GDS- FAST)
Índice de Barthel	pts

C5. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN HEPATOLÓGICOS (si corresponde)	
Cirrosis avanzada	sí/no
Ascitis refractaria	sí/no
Síndrome hepatorenal	sí/no
Hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento.	sí/no
Carcinoma hepatocelular en D.	sí/no
Enfermedad extrahepática (pulmonar, cardíaca) grave o invalidante.	sí/no
Malignidad extrahepática	sí/no

Enfermedad neurológica grave.	sí/no
Presión arterial pulmonar	mmHg
Infección activa extrahepática grave.	sí/no
VIH-SIDA no controlado	sí/no/no realizado
Adicción activa a drogas y alcohol.	sí/no
Apoyo familiar y social.	sí/no
Capacidad para comprender y seguir el tratamiento.	sí/no
Edema cerebral incontrolable o falla multiorgánica en falla hepática fulminante.	sí/no
Pérdida de peso (últimos 6 meses).	%
Clasificación Child-Pugh	pts
MELD-Na	pts
Bilirrubina	mg/dL
Creatinina	mg/dL
INR	
Score de Lille	pts
Peritonitis bacteriana espontánea	sí/no

C6. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN NEFROLÓGICOS (si corresponde)	
Demencia	sí/no (en caso de sí: GDS- FAST)
Clasificación Child-Pugh	pts
Insuficiencia cardíaca congestiva	Clase
Cáncer avanzado	sí/no
Índice de Barthel	pts
Índice de Karnofsky	%

C7. GERIATRÍA (si corresponde) (obligatorio para personas de 80 años y más)	
Síntomas actuales (persistentes)	
Asintomático	Anorexia Digestivo Disnea
Dolor	Otro (especificar)
Úlceras por decúbito persistentes	sí/no (en caso de sí: estadio)
Afagia	sí/no
Albúmina sérica	g/dL
Pérdida de peso (últimos 6 meses)	%
Infecciones con repercusión sistémica de repetición	Nº
Delirium (según CAM)	+/-
Demencia	sí/no (en caso de sí: GDS- FAST y etiología)
Depresión	sí/no (en caso de sí:

	leve, moderada o severa)
Índice de Barthel	pts
Escala visual de fragilidad	
Funcionalidad basal (previo diagnóstico terminal)	
Funcionalidad hace 6 meses (si corresponde)	
Funcionalidad actual	
¿Ha habido alguna expresión de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa del paciente, la familia, o los miembros del equipo?	sí/no
Hospitalizaciones no planificadas (últimos 6 meses).	sí/no (en caso de sí: N° y fecha)
Ingresado a Programa Dependencia Severa	sí/no (en caso de sí: frecuencia necesaria)

D. ANTECEDENTES MÓRBIDOS (a llenar en todos los casos)							
HTA		Diabetes		Cardiopatía		Cáncer	
Enfermedad neurológica		Enfermedad renal		Insuficiencia hepática		VIH	
Cifoescoliosis severa		EPOC		ACV		Demencia	
Hipotiroidismo		Depresión		Asma			
Otro (especificar)							

E1. TRATAMIENTOS RECIBIDOS ONCOLÓGICOS (si corresponde)					
Terapia	Droga/localización	Línea tto	¿Tratamiento completo?	Fecha	Establecimiento
Quimioterapia y/o inmunoterapia					

Hormonoterapia					
Terapia molecular					
Radioterapia /Radioterapia paliativa					
Tratamiento de cuidados paliativos (opioides y otros)					
Tratamiento antineoplásico actual				(última dosis)	
Procedimientos quirúrgicos y/o semi invasivos efectuados					

E2. TRATAMIENTOS RECIBIDOS (medicamento u otro tratamiento continuo) (a llenar en todos los casos)

Droga o Procedimiento	Dosis	Fecha de inicio	Establecimiento

F. EXÁMENES REALIZADOS (indique exámenes relevantes realizados dentro de los últimos 6 meses para apoyar el pronóstico: laboratorio, imágenes o funcionales) (a llenar en todos los casos)

Examen	Fecha	Resultados/observaciones

G. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (a llenar en todos los casos)

Nombre			
Especialidad		RUN	
Correo electrónico			

Firma y timbre médico tratante

--

LA INSTITUCIÓN QUE FIRMA ACREDITA QUE EL PACIENTE ANTES INDIVIDUALIZADO ESTÁ SIENDO O SE HA ATENDIDO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS POR LAS AFECCIONES INDICADAS EN EL PRESENTE INFORME.

H. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE RECIBE LAS ATENCIONES (a llenar en todos los casos)	
Nombre	
Dirección (especificar comuna y región)	
Identificación persona encargada de entregar información:	
Nombre	
Cargo	
Correo electrónico	
Teléfono	

I. IDENTIFICACIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO O SU DELEGADO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (a llenar en todos los casos)	
Nombre	
RUN	

Firma y timbre director médico o delegado del Establecimiento de Salud	Timbre del Establecimiento de Salud

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN A CONSEJO MÉDICO O A CONSEJO MÉDICO DE APELACIÓN PARA REVISIÓN DE FICHA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Quien suscribe, en conocimiento de los derechos que me confiere la Ley 19.628 sobre la protección de datos personales y sensibles, con ocasión de mi solicitud de pensión y calificación de certificación como enfermo terminal que se encuentra en trámite según lo establecido en la Ley N°21.309, autoriza al Consejo Médico y al Consejo Médico de Apelación (en el caso de un eventual reclamo) para que soliciten antecedentes y/o accedan a la revisión de mis fichas clínicas ambulatorias y/u hospitalarias de los prestadores de salud públicos y privados en que me he atendido, extrayendo la información relevante que sea de utilidad para el único fin de fundamentar debidamente la certificación de enfermos terminal.

Para la efectividad de esta autorización, el Consejo Médico y el Consejo Médico de Apelación, podrán solicitar el envío de los antecedentes necesarios contenidos en las referidas fichas clínicas directamente a las Instituciones de Salud Públicas o Privadas, de acuerdo a lo instruido en Norma Conjunta entre esta Superintendencia y la Superintendencia de Salud y/o encargar la revisión de los antecedentes antes aludidos a los siguientes profesionales:

- Médicos integrantes del Consejo Médico o del Consejo Médico de Apelación.
- Profesionales inscritos en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo para los Consejos Médicos de la Ley 21.309.

Esta autorización rige a contar de esta fecha y hasta la data en que la certificación como enfermo terminal por el Consejo Médico o por el Consejo Médico de Apelación, se encuentre ejecutoriada.

Nombre completo:	
Céd. Identidad N°	Firma o huella digital:
Fecha:	

Anexo 4

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONALES DE APOYO AL CONSEJO MÉDICO Y AL CONSEJO MÉDICO DE APELACIÓN

Día Mes Año

SEÑOR (A) SUPERINTENDENTE DE PENSIONES,

Yo _____ (nombres y apellidos), cédula de identidad N° _____, de profesión _____, con domicilio en _____, comuna de _____, ciudad de _____, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 21.309, del 2021, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, solicito mi inscripción en el Registro de Profesionales de Apoyo al Consejo Médico y Consejo Médico de Apelación, la que entiendo se concretará siempre que cumpla todos los requisitos correspondientes.

Para estos efectos, adjunto a la presente solicitud la documentación requerida que se establece en el Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.

Por otra parte, informo que la (s) región (regiones) en que solicito registrarme es (son) la (s) siguiente (s):

NOMBRE	Marque con una "X"
REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA	
REGIÓN DE TARAPACÁ	
REGIÓN DE ANTOFAGASTA	
REGIÓN DE ATACAMA	
REGIÓN DE COQUIMBO	
REGIÓN DE VALPARAISO	
REGIÓN DEL LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS	
REGIÓN DEL MAULE	
REGIÓN DE ÑUBLE	
REGIÓN DEL BÍO - BÍO	
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	
REGIÓN DE LOS RÍOS	
REGIÓN DE LOS LAGOS	
REGIÓN AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO	
REGIÓN DE MAGALLANES Y LA ANTÁRTICA CHILENA	
REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO	

Firma del Solicitante

Anexo 5

DECLARACIÓN JURADA

Por el presente instrumento, yo _____ (nombre completo), cédula de identidad N° _____, para el solo efecto de solicitar mi inscripción en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo del Consejo Médico y del Consejo Médico de Apelación, o actualizarla en su caso, declaro lo siguiente:

1. Tengo pleno conocimiento y comprensión de las disposiciones legales y normas complementarias que regulan las condiciones bajo las cuales los Profesionales de Apoyo pueden efectuar las evaluaciones requeridas por el Consejo Médico y del Consejo Médico de Apelación. Específicamente, declaro conocer y comprender las inhabilidades para inscribirse en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo y aquellas para realizar una evaluación que se señalan en el Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.
2. Que, en el evento de ser incluido en el Registro, y si con posterioridad a la fecha de inscripción se produjeren cambios que implicaren incurrir en alguna inhabilidad para inscribirme en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo, me obligo a informar de tal hecho a la Superintendencia de Pensiones dentro de un plazo no superior a 10 días hábiles de ocurrido el hecho.
3. Que, a la fecha, quien suscribe, posee las competencias técnicas y experiencia detalladas en currículum vitae que se adjunta como parte integrante a la presente declaración jurada.

Fecha

Firma

III. Vigencia

La presente Norma comenzará a regir a contar del 1° de julio de 2021.

**OSVALDO MACÍAS MUÑOZ
SUPERINTENDENTE DE PENSIONES**