



AU08-2013-01852

CIRCULAR N° 2928

SANTIAGO, - 9 MAYO 2013

**IMPARTE INSTRUCCIONES ACERCA DEL NUEVO FORMULARIO DE RESOLUCION DE INCAPACIDAD PERMANENTE DE LA LEY N°16.744. COMPLEMENTA CIRCULAR N° 2.582, DE 18 DE NOVIEMBRE DE 2009.**

Esta Superintendencia, en uso de las facultades que le confieren las leyes N°s 16.395 y 16.744, y lo dispuesto en el artículo 76 del D.S. N° 101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, ha determinado necesario instruir la utilización de un formulario único para la declaración, evaluación, reevaluación o revisión de las incapacidades permanentes, el que deberá ser utilizado por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) y las Comisiones Evaluadoras de Incapacidades de las Mutualidades de Empleadores.

De acuerdo a lo establecido en la letra f), del artículo 76 del citado D.S. N° 101, las resoluciones que emitan las COMPIN y las Mutualidades de Empleadores deberán contener los antecedentes, y ajustarse al formato, que determine esta Superintendencia.

El formulario de Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N° 16.744 se definió considerando la opinión de profesionales de distintas entidades, entre ellas, la de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), la de los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744 y la de la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y de Enfermedades Profesionales (COMERE).

## **1. Contenido de la Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N° 16.744**

La estructura del formulario consta de las siguientes áreas o zonas: **Encabezamiento** que corresponde a la identificación del documento; **A. Identificación del caso**, indicar si la incapacidad que se evalúa se originó en un accidente o una enfermedad laboral y la fecha del accidente laboral o del diagnóstico de la enfermedad profesional; **B. Identificación del Trabajador/a**, datos del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a, según corresponda; **C. Identificación de la última entidad empleadora**, datos del último empleador del trabajador/a accidentado o enfermo/a, según corresponda y nombre del organismo administrador al que dicho empleador se encontraba adherido o afiliado; **D. Datos de la evaluación de la incapacidad permanente actual**, registro de la fecha de solicitud de la evaluación, tipo de evaluación, diagnósticos, secuelas, entre otros, y, **E. Identificación del Calificador**, datos del Ministro de fe y Presidente de la Comisión.

Los datos que contiene el nuevo formulario en cada zona son los siguientes:

### **i) Encabezamiento**

- Número de la Resolución: Número asignado por la COMPIN o la Comisión Evaluadora de Incapacidades de las Mutualidades de Empleadores, según corresponda.
- Fecha de la resolución: Día, mes y año en que fue emitida la resolución (dd-mm-aaaa).

### **ii) Zona A. Identificación del Caso**

- Indicar si la incapacidad que se evalúa es producto de una Enfermedad Profesional, un Accidente del Trabajo o un Accidente de Trayecto.
- Fecha del accidente o del diagnóstico de la enfermedad: Día, mes y año (dd-mm-aaaa) en que ocurrió el accidente o se diagnosticó la enfermedad.

### **iii) Zona B. Identificación del Trabajador/a**

- Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno del trabajador/a o ex-trabajador/a.
- RUN o RUT del trabajador/a o ex-trabajador/a.



- Dirección del trabajador/a: Datos del domicilio del trabajador/a o ex-trabajador/a (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad).
- Comuna: Comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a o ex-trabajador/a.
- Número de teléfono: Número telefónico del trabajador/a o ex-trabajador/a.
- Sexo: Sexo del trabajador/a o ex-trabajador/a.
- Edad: Edad del trabajador/a o ex-trabajador/a, en años y meses cumplidos a la fecha de la evaluación de la incapacidad.
- Profesión u Oficio: Profesión u oficio del trabajador/a o ex-trabajador/a.

#### iv) Zona C. Identificación de la última Entidad Empleadora

- Nombre o Razón Social: Datos de la última entidad empleadora en que estuvo contratado el trabajador/a o ex-trabajador/a accidentado o enfermo.
- RUT: RUT de la última entidad empleadora.
- Nombre del Administrador del Seguro Ley N° 16.744: Nombre del Organismo Administrador del Seguro Ley N° 16.744 al cual está afiliada o adherida la última entidad empleadora o nombre de la Empresa con Administración Delegada, según corresponda.

#### v) Zona D. Datos de la Evaluación de Incapacidad Permanente actual

- Fecha Solicitud de la Evaluación: Día, mes y año en que se solicitó la evaluación (dd-mm-aaaa).
- Evaluación Solicitada por: Entidad o persona que solicita la evaluación.
- Tipo de evaluación. Las alternativas de tipos de evaluación son:

**Primera Evaluación:** Cuando la incapacidad laboral presumiblemente permanente que presenta la persona se evalúa por primera vez, no habiendo sido ésta evaluada previamente por alguna incapacidad de la Ley N° 16.744.

**Revisión:** Nueva evaluación de la incapacidad permanente que se realiza por agravación, mejoría o error en el diagnóstico (art 63 Ley 16.744).

**Reevaluación:** Evaluación que se realiza a una persona que tiene una invalidez profesional que ya fue evaluada y que sufrió un nuevo accidente o enfermedad, también de origen profesional (art 61 Ley 16.744), o cuando a la primitiva invalidez le suceda otra u otras de origen no profesional (art 62 Ley 16.744).

**Resolución COMERE:** Resolución de la Comisión Médica de Reclamos de la Ley N° 16.744 (COMERE) que modifica lo resuelto por la Comisión evaluadora que corresponda.

**Dictamen SUSESO:** Dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) que modifica lo resuelto por la Comisión evaluadora que corresponda.

- Informar si el accidente o la enfermedad se produjo u originó o no en la última entidad empleadora.

En el caso que el accidente o la enfermedad no se haya producido en la última entidad empleadora, se debe informar el Nombre o Razón Social de la entidad empleadora en que ocurrió el accidente y, en caso de enfermedad donde estuvo expuesto al riesgo.

En caso de enfermedad, de existir distintas entidades empleadoras donde estuvo expuesto al riesgo, se debe indicar el Nombre o Razón Social de las entidades empleadoras anteriores, el RUT y el período de exposición al riesgo en cada una de ellas, en el formato dd-mm-aaaa (por ejemplo: 01-10-2005 al 31-09-2011).

En caso de ser éstas más de dos entidades empleadoras, se debe agregar un anexo al formulario con la información de las otras entidades empleadoras en que estuvo expuesto al riesgo.

- Evaluación de invalideces múltiples: Informar si se trata o no de la evaluación de invalideces múltiples (art.26, D.S. N° 109).
- Diagnósticos: Se deben señalar el o los diagnósticos médicos. En caso de accidente, se deben señalar las secuelas asociadas. Asimismo, se debe señalar el grado de incapacidad determinado para cada invalidez.

En caso de existir más de tres diagnósticos que generan incapacidad permanente, se debe agregar un anexo al formulario con la información de los otros diagnósticos.

- Ponderaciones: Se debe indicar si para la evaluación se consideraron ponderaciones por Sexo, Edad, Profesión habitual, y Otro, registrando los porcentajes correspondientes.
- Resolución: Señalar el Grado Total de la Incapacidad evaluada, la fecha de inicio de la incapacidad permanente y, si el invalido presenta o no Gran Invalidez.
- Observaciones: en este campo se debe indicar si existen posibilidades de cambios en el estado de invalidez, ya sea por mejoría o agravación; el número y la fecha de la(s) Resolución(es) de incapacidad(es) previa(s), en caso de existir, así como las observaciones que se estime necesarias, como por ejemplo, si el trabajador se encuentra pensionado por otro sistema previsional.

#### **vii) Zona E. Identificación del Calificador**

- Ministro de fe o Secretario de la Comisión: Se debe consignar el nombre, RUN y firma.
- Presidente de la Comisión: Se debe consignar el nombre, RUN y firma.

## **2. Plazo**

El nuevo formulario de Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N° 16.744 deberá ser utilizado por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) y las Comisiones Evaluadoras de Incapacidades de las Mutualidades de Empleadores, a *contar del 1° de julio de 2013*.

Se adjunta a la presente Circular, el formulario de la Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N° 16.744.

## **3. Notificación de la Resolución de Incapacidad Permanente**

Las resoluciones de incapacidad permanente de la Ley N° 16.744 que emitan las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) deberán ser notificadas a los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744 que corresponda y al interesado, a más tardar dentro del plazo de 5 días hábiles desde su emisión, de acuerdo a lo establecido en el inciso tercero del artículo 76 del ya citado D.S. N° 101.

Asimismo, las resoluciones de incapacidad permanente que emitan las Comisiones Evaluadoras de Incapacidades de las Mutualidades de Empleadores deberán ser notificadas a la respectiva entidad y al interesado en el mismo plazo.



Cabe hacer presente que serán los Organismos Administradores quienes deberán remitir al Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT), un documento electrónico con la información asociada a las Resoluciones de Incapacidad Permanente de la Ley N° 16.744 que les sean notificadas por las respectivas Comisiones, de acuerdo a las instrucciones que esta Superintendencia imparta al efecto.

Se deberá dar la más amplia difusión a la presente Circular, especialmente, entre el personal encargado de su aplicación.

Saluda atentamente a Ud.,

  
  
*Maria José Zaldívar*  
**MARIA JOSÉ ZALDÍVAR LARRAÍN**  
**SUPERINTENDENTA**

#### **DISTRIBUCIÓN**

(Se adjunta Formulario Resolución de Incapacidad Permanente Ley N° 16.744)

- Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)
- Comisiones Evaluadoras de Incapacidades de las Mutualidades de Empleadores
- Instituto de Seguridad Laboral
- Mutualidades de Empleadores Ley N° 16.744
- Empresas con Administración Delegada

Copia Informativa a:

- Ministra del Trabajo y Previsión Social
- Subsecretario de Previsión Social
- Ministro de Salud
- Subsecretario de Salud Pública
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Directora del Trabajo
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
- Servicios de Salud
- Comisión Médica de Reclamos (COMERE)
- Fiscalía
- Subdirector
- Secretaría General
- Departamento Jurídico
- Departamento Actuarial
- Departamento Médico
- Departamento Inspección
- Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Unidad de Planificación y Desarrollo
- Oficina de Partes
- Archivo Central

**RESOLUCIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE LEY N° 16.744**

Número de la Resolución

Fecha de la Resolución

**A. Identificación del Caso**

Accidente del Trabajo     Enfermedad Profesional  
 Accidente de Trayecto

Fecha del Accidente o del diagnóstico de la Enfermedad

**B. Identificación del Trabajador/a**

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno    RUN  
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)    Comuna    Número de Teléfono  
 Hombre  Mujer    Edad    Años    Meses    Profesión u Oficio

**C. Identificación de la última Entidad Empleadora**

Nombre o Razón Social    RUT  
Nombre del Administrador del Seguro Ley N° 16.744

**D. Evaluación de la Incapacidad Permanente Actual**

Fecha de Solicitud de la Evaluación:    Tipo de Evaluación:  
Evaluación solicitada por:     Primera Evaluación     Reevaluación  
 Organismo Administrador     Ex-Trabajador/a     Revisión     Dictamen SUSES  
 Trabajador/a     Otro     Resolución COMERE  
 Entidad Empleadora  
El accidente o la enfermedad se produjo en la última entidad empleadora:     Si     No    Si es No, en caso de Accidente indique en cuál(es) entidad(es) ocurrió y en caso de Enfermedad donde estuvo expuesto al riesgo:  
(1) Nombre o Razón Social Entidad Empleadora anterior    (2) Nombre o Razón Social Entidad Empleadora anterior  
RUT    Período de Exposición al Riesgo (sólo en caso de enfermedad)    RUT    Período de Exposición al Riesgo (sólo en caso de enfermedad)

Evaluación de Invalideces Múltiples (art. 26, D. S. N° 109)     Si     No

Diagnósticos	Secuelas	Grado de Incapacidad
1.		%
2.		%
3.		%

Ponderaciones:    Sexo .....%    Edad .....%    Profesión habitual .....%    Otro .....%

Se Resuelve que:  
Grado Total de Incapacidad:    %  
Fecha de inicio Incapacidad Permanente:    /    /  
Gran Invalidez:     Si     No    Observaciones:

En caso de no estar de acuerdo con esta resolución, se puede reclamar ante la COMERE, dentro de los 90 días hábiles siguientes a la notificación de la resolución, y de lo resuelto por la COMERE se puede reclamar ante la SUSES, dentro de los 30 días hábiles siguientes a la notificación de la resolución.

**E. Identificación del Calificador**

Ministro de Fe o Secretario de la Comisión    Presidente Comisión  
Nombre    RUN    Nombre    RUN  
Firma    Firma



## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO REIP

### ENCABEZAMIENTO

- **Número de la Resolución:** Número asignado por la COMPIN o la Comisión Evaluadora de Incapacidades de las Mutualidades de Empleadores, según corresponda.
- **Fecha de la resolución:** Anote el día, mes y año de esta resolución (dd-mm-aaaa).

### A. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

- Indicar si la incapacidad que se evalúa es producto de una Enfermedad Profesional un Accidente del Trabajo o un Accidente de Trayecto.
- **Fecha del Accidente o del diagnóstico de la Enfermedad:** Anote el día, mes y año (dd-mm-aaaa), en que ocurrió el Accidente o se diagnóstico la Enfermedad.

### B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

- **Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno del trabajador/a o ex-trabajador/a:** Anote los datos del Trabajador/a o ex-trabajador/a según el orden solicitado.
- **RUN o RUT del trabajador/a o ex-trabajador/a.**
- **Dirección del Trabajador/a:** Anote los datos del domicilio del trabajador/a o ex-trabajador/a (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)
- **Comuna:** Anote en el casillero en blanco la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a o ex-trabajador/a.
- **Número de teléfono:** Anote el número telefónico del trabajador/a o ex-trabajador/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
- **Sexo:** Marque con una X el casillero que corresponda al sexo del trabajador/a o ex-trabajador/a.
- **Edad:** Anote en el casillero en blanco la edad del trabajador/a o ex-trabajador/a, en años y meses cumplidos a la fecha de la evaluación de la incapacidad.
- **Profesión u Oficio:** Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a o ex-trabajador/a.

### C. IDENTIFICACIÓN DE LA ÚLTIMA ENTIDAD EMPLEADORA

- **Nombre o Razón Social:** Anote los datos de la última entidad empleadora en que estuvo contratado el trabajador/a o ex-trabajador accidentado o enfermo.
- **RUT:** Anote el RUT de la última entidad empleadora.
- **Nombre del Administrador del Seguro Ley N° 16.744:** Anote el Nombre del Organismo Administrador del Seguro Ley N° 16.744 al cual está afiliada o adherida la última entidad empleadora o nombre de la Empresa con Administración Delegada, según corresponda.

### D. EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE ACTUAL

- **Fecha Solicitud de la Evaluación:** Anote el día, mes y año en que se solicitó la evaluación (dd-mm-aaaa).
- **Evaluación Solicitada por:** Marque con una X el casillero que corresponda a la entidad o persona que solicita la evaluación.
- **Tipo de evaluación.** Marque con una X el casillero que corresponda a la alternativa del tipo de evaluación:

**Primera Evaluación:** Cuando la incapacidad laboral presumiblemente permanente que presenta la persona se evalúa por primera vez, no habiendo sido ésta evaluada previamente por alguna incapacidad de la Ley N° 16.744.

**Revisión:** Nueva evaluación de la incapacidad permanente que se realiza por agravación, mejoría o error en el diagnóstico (art. 63 Ley 16.744).

**Reevaluación:** Evaluación que se realiza a una persona que tiene una invalidez profesional que ya fue evaluada y que sufrió un nuevo accidente o enfermedad, también de origen profesional (art. 61 Ley 16.744), o cuando a la primitiva invalidez le suceda otra u otras de origen no profesional (art. 62 Ley 16.744).

**Resolución COMERE:** Resolución de la Comisión Médica de Reclamos de la Ley N° 16.744 (COMERE) que modifica lo resuelto por la Comisión evaluadora que corresponda.

**Dictamen SUSESO:** Dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) que modifica lo resuelto por la Comisión evaluadora que corresponda.

- **Informar si el accidente o la enfermedad se produjo u originó o no en la última entidad empleadora.**

En el caso que el accidente o la enfermedad no se haya producido en la última entidad empleadora, se debe informar el Nombre o Razón Social de la Entidad Empleadora en que ocurrió el accidente y, en caso de enfermedad donde estuvo expuesto al riesgo.

En caso de enfermedad, de existir distintas entidades empleadoras donde estuvo expuesto al riesgo, se debe indicar el Nombre o Razón Social de las entidades empleadoras anteriores, el RUT y el periodo de exposición al riesgo en cada una de ellas, en el formato dd-mm-aaaa (por ejemplo: 01-10-2005 al 31-09-2011).

En caso de ser éstas más de dos entidades empleadoras, se debe agregar un anexo, al formulario con la información de las otras entidades empleadoras en que estuvo expuesto al riesgo.

- **Evaluación de invalideces múltiples:** Marque con una X en el casillero si se trata o no de la evaluación de invalideces múltiples (art.26, D.S. N° 109)
- **Diagnósticos:** Se deben señalar el o los diagnósticos médicos. En caso de accidente, se deben señalar las secuelas asociadas. Asimismo, se debe señalar el grado de incapacidad para cada invalidez.  
  
En caso de existir más de tres diagnósticos que generen incapacidad permanente, se debe agregar un anexo al formulario con la información de los otros diagnósticos.
- **Ponderaciones:** Se debe indicar si para la evaluación se consideraron ponderaciones por Sexo, Edad, Profesión habitual, y Otro, registrando los porcentajes correspondientes.
- **Resolución:** Señalar el Grado Total de la Incapacidad evaluada, la fecha de inicio de la incapacidad permanente y, si el inválido presenta o no Gran Invalidez.
- **Observaciones:** en este campo se debe indicar si existen posibilidades de cambios en el estado de invalidez, ya sea por mejoría o agravación; el número y la fecha de la(s) Resolución(es) de incapacidad(es) previa(s), en caso de existir, así como las observaciones que se estime necesarias, como por ejemplo, si el trabajador se encuentra pensionado por otro sistema previsional.

### E.- IDENTIFICACIÓN DEL CALIFICADOR

- **Ministro de fe o Secretario de la Comisión:** Se debe consignar el nombre, RUN y firma.
- **Presidente de la Comisión:** Se debe consignar el nombre, RUN y firma.