Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

/ LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES / TÍTULO I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) / B. Módulo de accidentes y enfermedades profesionales / CAPÍTULO IX. Resolución de Incapacidad Permanente (REIP) / 2. Contenido de la REIP

2. Contenido de la REIP

La estructura del formulario consta de las siguientes áreas o zonas: Encabezamiento, que corresponde a la identificación del documento; A. Identificación del caso, en éste se debe 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 formulario en cada zona son los siguientes:

a) 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).

b) 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.

c) 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

d) 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 organismo administrador: 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.

e) 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 1.744),
- 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 anterior, 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, de 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.

f) 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.

En el Anexo N°16 "Resolución de incapacidad permanente Ley N°16.744."se adjunta el formulario de la Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N°16.744.