

Logo  
Institucional

Nombre Comisión Evaluadora  
Dirección y Teléfono de la Comisión Evaluadora

## 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

Sexo

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:

Evaluación solicitada por:

Organismo Administrador  Ex-Trabajador/a  
 Trabajador/a  Otro

Tipo de Evaluación:

Primera Evaluación  Reevaluación  
 Revisión  Dictamen SUSESO  
 Resolución COMERE

El accidente o la enfermedad se produjo en la última entidad empleadora:  Sí  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

Periodo de Exposición al Riesgo  
(sólo en caso de enfermedad)

RUT

Periodo de Exposición al Riesgo  
(sólo en caso de enfermedad)

Evaluación de Invalideces Múltiples (art. 26, D. S. N° 109)

Sí  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:  Sí  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 SUSESO, 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	Nombre
RUN	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/a 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 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:** 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 Invalído 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.

