



ANEXO II

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS DEL
FORMULARIO DE DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ Y
FECHA DE SINIESTRO
Y DEL
FORMULARIO DE DICTAMEN DE ASIGNACIÓN DE ORIGEN Y
CAUSA DE LA MUERTE Y FECHA DE FALLECIMIENTO**



**FORMULARIO DE DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ Y FECHA DE SINIESTRO
(PARTE 1)**

1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA	NOMBRES	
CUA	F. NACIMIENTO	EDAD	N° ASEGURADO	ENTE GESTOR DE SALUD
DIRECCIÓN DEL ASEGURADO		MUNICIPIO DE RESIDENCIA	TELÉFONO	
2. DATOS DEL APODERADO (Cuando corresponda)				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NUMERO Y FECHA DEL PODER	
3. PORCENTAJE DE INVALIDEZ, ORIGEN Y CAUSA				
% (NUMERAL)	% (LITERAL)	ORIGEN	CAUSA	
4. FECHA DE INVALIDEZ				
FECHA DE INVALIDEZ				
5. DATOS DEL EMPLEADOR Y OCUPACIONAL				
Dependiente	Independiente	NIT (RUC) de Afiliado independiente		
DATOS DEL EMPLEADOR				
Nombre del Empleador:				
Número Patronal:				
NIT (RUC) de la Empresa:				
Departamento:				
PERFIL OCUPACIONAL				



3. LISTADO DE TODOS LOS DETERIOROS Y SECUELAS QUE SE CONSIDERAN PARA ESTE DICTAMEN					
ORDEN	DIAGNÓSTICO / DETERIORO	CAUSA	ORIGEN	PORCENTAJE	SUMA COMBINADA
% DETERIORO					

4. ROL LABORAL (COM.C.1)	
CATEGORÍA	PORCENTAJE
JUSTIFICACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE LA CATEGORÍA (debe existir evidencia documental)	

5. AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA (COM.C.3)	
CATEGORÍA	PORCENTAJE
JUSTIFICACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE LA CATEGORÍA (debe existir evidencia documental)	

6. EDAD CRONOLÓGICA (COM.C.4)	
EDAD	PORCENTAJE

7. RESTRICCIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS (COM.C.5)	
CATEGORÍA	PORCENTAJE
JUSTIFICACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE LA CATEGORÍA	

8. SUMATORIA Y CONCLUSIONES RESPECTO AL ORIGEN Y CAUSA										
	+		+		+		+		=	
DETERIORO		ROL LABORAL		AUTOSUF. ECONÓMICA		EDAD		REST. ACTIV. COTIDIANAS		TOTAL
										ORIGEN
										CAUSA

9. FECHA DE INVALIDEZ	
FECHA O PERIODO	
JUSTIFICACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE LA FECHA (documentada)	

Este dictamen fue realizado por los Médicos Calificadores autorizados por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) utilizando la normativa aplicable incluyendo la versión vigente del Manual de Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MANECGI) tal como es requerido.

La calificación de la invalidez y la determinación de la fecha de invalidez fue realizada luego de un exhaustivo análisis de los documentos médicos y de otra índole presentados por la(s) parte(s) interesada(s) asumiendo que toda esta información es verdadera y correcta.

10. DATOS DEL TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR		
FIRMA	FIRMA	FIRMA
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS
MATRICULA PROFESIONAL	MATRICULA PROFESIONAL	MATRICULA PROFESIONAL



**INSTRUCTIVO PARA EL FORMULARIO DE DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
Y FECHA DE SINIESTRO**

PARTE 1 (La parte 1 corresponde a la hoja que resume el dictamen para los fines administrativos que corresponda)	
1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO	
PRIMER APELLIDO	Incluir el primer apellido o el apellido paterno del asegurado/a
SEGUNDO APELLIDO	Incluir el segundo apellido o el apellido materno del asegurado/a
APELLIDO DE CASADA	Incluir el apellido de casada de la asegurada
NOMBRES	Incluir el nombre o nombres del asegurado/a
CUA	Incluir el código único de asegurado con el que esta registrado en el SIP
F. NACIMIENTO	Incluir la fecha de nacimiento registrada en el carnet de identidad en el formato dd/mm/aaaa
EDAD	Calcular al momento de la emisión del dictamen la edad del asegurado en años
N° ASEGURADO	Incluir el número de asegurado con el que está registrado en el Ente Gestor de Salud
ENTE GESTOR DE SALUD	Incluir el Ente Gestor de Salud al que está asegurado actualmente. En caso de que no este asegurado incluir el último Ente Gestor de Salud al que estuvo afiliado
DIRECCIÓN DEL ASEGURADO	Incluir la dirección actual del asegurado/a (calle, avenida, manzano, número)
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Incluir el primer apellido o el apellido paterno del asegurado/a
TELÉFONO	Incluir el segundo apellido o el apellido materno del asegurado/a
2. DATOS DEL APODERADO	
<i>Solo llenar estas casillas cuando exista un apoderado, los datos del apoderado no deben incluirse en otras casillas</i>	
PRIMER APELLIDO	Incluir el primer apellido o el apellido paterno del apoderado
SEGUNDO APELLIDO	Incluir el segundo apellido o el apellido materno del apoderado
NOMBRES	Incluir el nombre o nombres del apoderado
NÚMERO Y FECHA DEL PODER	Incluir el número del poder (XXX/YY) y la fecha en la que se emitió
3. PORCENTAJE DE INVALIDEZ, ORIGEN Y CAUSA	
% NUMERAL	Copiar el número obtenido del apartado 8. SUMATORIA Y CONCLUSIONES RESPECTO AL ORIGEN Y CAUSA. En caso de que existan decimales se debe redondear al número entero mas próximo.
% LITERAL	Incluir el texto (literal) del número registrado en la anterior casilla (% NUMERAL)
ORIGEN	Copiar el origen determinado en el apartado 8. SUMATORIA Y CONCLUSIONES RESPECTO AL ORIGEN Y CAUSA
CAUSA	Copiar la causa determinada en el apartado 8. SUMATORIA Y CONCLUSIONES RESPECTO AL ORIGEN Y CAUSA
4. FECHA DE INVALIDEZ	
FECHA DE INVALIDEZ	Copiar la fecha exacta o periodo determinado en el apartado 9. FECHA DE INVALIDEZ



5. DATOS DEL EMPLEADOR Y OCUPACIONAL	
DATOS DEL EMPLEADOR	Llenar este apartado los datos del último Empleador del Asegurado/a
PERFIL OCUPACIONAL	Descripción del tipo de trabajo/profesión u oficio que ha venido desarrollando el Asegurado/a

PARTE 2 (La parte 2 corresponde a los contenidos técnicos realizados por el tribunal calificador que sustentan la calificación, la asignación del origen y causa y la fecha de invalidez)

1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Se registran (duplican) los mismos datos consignados en la parte 1

2. DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS DETERIOROS

Llenar este apartado para cada uno de los deterioros / enfermedades que se califiquen, utilice cuantas hojas sea necesario

DIAGNÓSTICO / DETERIORO Registrar el diagnóstico o deterioro que sea mas compatible con el Manual una vez que haga el análisis de la documentación médica presentada. El diagnóstico / deterioro objeto de la calificación es determinado por el tribunal médico calificador

SISTEMA O PARTE DEL CUERPO AFECTADO Registrar el segmento, estructura o función corporal comprometida, utilice como referencia el capítulo del Manual que esta utilizando en la calificación

DOCUMENTOS QUE RESPALDAN EL DIAGNÓSTICO Y LOS DETERIOROS (PARA EL FACTOR DETERMINANTE)

Para cada documento que respalde la asignación de la clase incluya fecha, responsable y descripción del certificado o registro

FECHA Incluya la fecha (dd/mm/aaaa) del documento o registro

RESPONSABLE Incluya el nombre y especialidad del médico que suscribe el registro o nombre de la persona que se hace cargo del reporte de examen complementario

DESCRIPCIÓN Transcriba el texto relevante a la calificación de invalidez. Tome en cuenta que la persona que suscribe el documento es quien se hace cargo de su contenido, considere eso a momento de seleccionar que es lo que usted transcribirá en esta casilla

DOCUMENTOS QUE RESPALDAN EL DIAGNÓSTICO Y LOS DETERIOROS (PARA LOS FACTORES DE AJUSTE)

Para cada documento que respalde la variación dentro de la clase determinada incluya fecha, responsable y descripción del certificado o registro



FECHA	Incluya la fecha (dd/mm/aaaa) del documento o registro
RESPONSABLE	Incluya el nombre, apellido y especialidad del médico que suscribe el registro o nombre de la persona que se hace cargo del reporte de examen complementario
DESCRIPCIÓN	Transcriba el texto relevante a la calificación de invalidez. Tome en cuenta que la persona que suscribe el documento es quien se hace cargo de su contenido, considere eso al momento de seleccionar que es lo que usted transcribirá en esta casilla.
CLASE	Sobre la base de los documentos que respaldan la clase (Factor Determinante) establezca la misma de acuerdo a los criterios del Manual (clase I, II, ...). Para detalles revise el capítulo INT (introducción) del Manual
AJUSTE DE GRADO	Considerando los criterios establecidos para cada uno de los Factores de Ajuste en el Manual identifique la variación predeterminada del porcentaje dentro de la clase ya determinada antes, el ajuste de grado debe resultar en valores -2, -1, 0, 1, 2). Para detalles revise el capítulo INT (introducción) del Manual
PORCENTAJE DE DETERIORO	Considerando la "clase" y el "ajuste de grado" ya identificados incluya el porcentaje de deterioro correspondiente obtenidos con la tabla o tablas del Manual. Para detalles revise el capítulo INT (introducción) del Manual. EN CASO DE QUE UN DETERIORO / ENFERMEDAD SEA CALIFICADO CON 0% NO SERÁ SUJETO A RECALIFICACIÓN
TABLAS UTILIZADAS	Escriba la referencia a la tabla o tablas que utilizó para calificar el deterioro (por ejemplo RES.C.2 en un deterioro por Asma)
ENFERMEDAD / ACCIDENTE	Establezca si la causa del deterioro calificado corresponde a "Enfermedad" o "Accidente" (solo uno)
PROFESIONAL -LABORAL / COMÚN	Establezca si el origen del deterioro calificado corresponde a "Profesional / Laboral" o "Común" (solo uno). Asigne el origen luego de realizar la revisión de la Lista de Enfermedades Profesionales y los criterios establecidos en ella



3. LISTADO DE TODOS LOS DETERIORS Y SECUELAS QUE SE CONSIDERAN PARA ESTE DICTAMEN	
<i>Ordene de mayor a menor todos los deterioros obtenidos en el apartado 3. LISTADO DE TODOS LOS DETERIORS Y SECUELAS QUE SE CONSIDERAN PARA ESTE DICTAMEN, para cada uno de ellos describa las conclusiones obtenidas. En caso de que exista un solo deterioro / enfermedad asígnele por defecto el numero</i>	
ORDEN	Ponga el número de orden correlativo al que corresponde el deterioro (cuando haya mas de uno), considere que el mayor porcentaje es el numero 1 y así sucesivamente.
DIAGNÓSTICO / DETERIORO	Copie el diagnóstico / deterioro obtenido en el apartado 7
CAUSA	En la casilla correspondiente incluya "A" en caso de accidente y "E" en caso de enfermedad, todo esto en base a lo que usted obtuvo en el apartado 7 para el deterioro específico. La suma de todos los deterioros calificados según su causa (accidente por un lado y enfermedad por otro) determinará la asignación de una sola causa (la mayor). En caso de que los porcentajes entre deterioros por enfermedad y por accidente sean iguales se asignará por defecto que la causa es "Accidente". Para detalles revise el capítulo INT (introducción) del Manual
ORIGEN	En la casilla correspondiente incluya "P" en caso de que el deterioro/enfermedad sea profesional / laboral y "C" en caso de que sea común, todo esto en base a lo que usted obtuvo en el apartado 6 para el deterioro específico. La suma de todos los deterioros calificados según su origen (profesional/laboral por un lado y común por otro) determinará la asignación de un solo origen (el mayor). En caso de que los porcentajes entre deterioros profesional / laboral y común sean iguales se asignará por defecto que el origen es "Profesional / Laboral". Para detalles revise el capítulo INT (introducción) del Manual
PORCENTAJE	Copie el porcentaje asignado a cada uno de los deterioros obtenidos
SUMA COMBINADA	Tome en cuenta que si hay mas de un deterioro la suma de los mismos no es aritmética sino que corresponde a la suma combinada determinada por la fórmula $X + \{(Y * (60 - X)) / 60\}$ donde X es el deterioro mayor y Y es el deterioro menor. La suma combinada se la debe hacer de manera secuencial entre el deterioro 1 y el 2, el resultado anterior con el deterioro 3, y así sucesivamente Para detalles revise el capítulo INT (introducción) del Manual
DETERIORO	Obtenga, luego de la suma combinada de todos los deterioros el resultado total correspondiente a DETERIORO (luego este porcentaje se incluirá en el apartado 8. SUMATORIA Y CONCLUSIONES RESPECTO AL ORIGEN Y CAUSA)
4. ROL LABORAL	
CATEGORÍA	Establezca la categoría de acuerdo al análisis de la tabla COM.C.2
PORCENTAJE	Asigne el porcentaje que corresponda a la categoría
JUSTIFICACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE LA CATEGORÍA	Mencione la documentación u otra evidencia que respalda la asignación de la categoría



5. AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA	
CATEGORÍA	Establezca la categoría de acuerdo al análisis de la tabla COM.C.3
PORCENTAJE	Asigne el porcentaje que corresponda a la categoría
JUSTIFICACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE LA CATEGORÍA	Mencione la documentación u otra evidencia que respalda la asignación de la categoría
6. EDAD CRONOLÓGICA	
EDAD	Copie la edad calculada en el apartado 1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO
PORCENTAJE	Asigne el porcentaje que corresponda a la edad según el rango que corresponda en la tabla COM.C.4
7. RESTRICCIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS	
CATEGORÍA	Establezca la categoría de acuerdo al análisis de la tabla COM.C.5
PORCENTAJE	Asigne el porcentaje que corresponda a la categoría
JUSTIFICACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE LA CATEGORÍA	Mencione la documentación u otra evidencia que respalda la asignación de la categoría
8. SUMATORIA Y CONCLUSIONES RESPECTO AL ORIGEN Y CAUSA	
DETERIORO	Copiar el valor obtenido en el apartado 3. LISTADO DE TODOS LOS DETERIOROS Y SECUELAS QUE SE CONSIDERAN PARA ESTE DICTAMEN
ROL LABORAL	Copiar el valor obtenido en el apartado 4. ROL LABORAL (COM.C.1)
AUTOSUF. ECONÓMICA	Copiar el valor obtenido en el apartado 5. AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA (COM.C.3)
EDAD	Copiar el valor obtenido en el apartado 6. EDAD CRONOLÓGICA (COM.C.4)
REST. ACTIV. COTIDIANAS	Copiar el valor obtenido en el apartado 7. RESTRICCIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS (COM.C.5)
TOTAL	Realizar la suma de todas las variables
ORIGEN	Asignar el origen "Profesional / Laboral" o "Común" (solo una) de acuerdo al análisis del apartado 8. SUMATORIA Y CONCLUSIONES RESPECTO AL ORIGEN Y CAUSA. Para detalles revisar el capítulo INT (introducción) del Manual
CAUSA	Asignar la causa "Enfermedad" o "Accidente" (solo una) de acuerdo al análisis del apartado 8. SUMATORIA Y CONCLUSIONES RESPECTO AL ORIGEN Y CAUSA. Para detalles revisar el capítulo INT (introducción) del Manual
9. FECHA DE INVALIDEZ	
FECHA O PERÍODO	La Fecha de Invalidez será determinada con relación a la fecha en que se presenta la incapacidad en el grado que determine el dictamen emitido por los médicos calificadoros, sobre la base de los antecedentes técnico médicos remitidos por el Ente Gestor de Salud – EGS u otros exámenes médicos, así como exámenes adicionales y/o revisión médica que pudieran requerir los médicos calificadoros o aquellos proporcionados por el Asegurado. En estos casos los médicos calificadoros deberán determinar: a. Una fecha exacta, o; b. Un período de tiempo que no podrá ser menor a un mes ni mayor a un trienio y contará con fecha de inicio y de fin de período, de forma explícita.
JUSTIFICACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE LA FECHA	Realizar la referencia a los documentos del expediente que sustentan la asignación de la fecha
10. DATOS DEL TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR	
FIRMA / NOMBRES Y APELLIDOS / MATRICULA PROFESIONAL	Registrar cada nombre y apellido de los médicos que participan en el tribunal de calificación, así como la matrícula profesional.



FORMULARIO DE DICTAMEN DE ASIGNACIÓN DE ORIGEN Y CAUSA DE LA MUERTE Y FECHA DE FALLECIMIENTO

1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO FALLECIDO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA	NOMBRES
CUA	F. NACIMIENTO	EDAD	N° ASEGURADO
DIRECCIÓN DEL ASEGURADO		MUNICIPIO DE RESIDENCIA	TELÉFONO

2. DATOS DEL APODERADO (Cuando corresponda)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NUMERO Y FECHA DEL PODER
-----------------	------------------	---------	--------------------------

3. DATOS DEL EMPLEADOR Y OCUPACIONAL

Dependiente	Independiente	NIT (RUC) de Afiliado independiente
-------------	---------------	-------------------------------------

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador:	
Número Patronal:	
NIT (RUC) de la Empresa:	
Departamento:	

PERFIL OCUPACIONAL

4. DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y CAUSA

DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO PARA LA DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y CAUSA

FECHA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN

ORIGEN

CAUSA

OBSERVACIONES

5. FECHA DE FALLECIMIENTO

FECHA DE FALLECIMIENTO

JUSTIFICACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE LA FECHA (documentada)

Este dictamen fue realizado por los Médicos Calificadores autorizados por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) utilizando la normativa aplicable.

La determinación de la fecha de fallecimiento, así como el origen y causa del fallecimiento fue realizada luego de un exhaustivo análisis de los documentos médicos y de otra índole presentados por la(s) parte(s) interesada(s) asumiendo que toda esta información es verdadera y correcta.

6. DATOS DEL TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR

FIRMA	FIRMA	FIRMA
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS
MATRICULA PROFESIONAL	MATRICULA PROFESIONAL	MATRICULA PROFESIONAL



INSTRUCTIVO PARA EL FORMULARIO DE DICTAMEN DE ASIGNACIÓN DE ORIGEN Y CAUSA DE LA MUERTE Y FECHA DE FALLECIMIENTO

1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO FALLECIDO	
PRIMER APELLIDO	Incluir el primer apellido o el apellido paterno del asegurado/a
SEGUNDO APELLIDO	Incluir el segundo apellido o el apellido materno del asegurado/a
APELLIDO DE CASADA	Incluir el apellido de casada de la asegurada
NOMBRES	Incluir el nombre o nombres del asegurado/a
CUA	Incluir el código único de asegurado con el que esta registrado en el SIP
F. NACIMIENTO	Incluir la fecha de nacimiento registrada en el carnet de identidad en el formato dd/mm/aaaa
EDAD	Calcular al momento de la emisión del dictamen la fecha del asegurado en años
N° ASEGURADO	Incluir el número de asegurado con el que está registrado en el Ente Gestor de Salud
ENTE GESTOR DE SALUD	Incluir el Ente Gestor de Salud al que está asegurado actualmente. En caso de que no este asegurado incluir el último Ente Gestor de Salud al que estuvo afiliado
DIRECCIÓN DEL ASEGURADO	Incluir la dirección actual del asegurado (calle, avenida, manzano, número)
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Incluir el primer apellido o el apellido paterno del asegurado/a
TELÉFONO	Incluir el segundo apellido o el apellido materno del asegurado/a

2. DATOS DEL APODERADO	
<i>Solo llenar estas casillas cuando exista un apoderado, los datos del apoderado no deben incluirse en otras casillas</i>	
PRIMER APELLIDO	Incluir el primer apellido o el apellido paterno del apoderado
SEGUNDO APELLIDO	Incluir el segundo apellido o el apellido materno del apoderado
NOMBRES	Incluir el nombre o nombres del apoderado
NÚMERO Y FECHA DEL PODER	Incluir el numero del poder (XXX/YY) y la fecha en la que se emitió

3. DATOS DEL EMPLEADOR Y OCUPACIONAL	
DATOS DEL EMPLEADOR	Llenar este apartado los datos del último Empleador del Asegurado
PERFIL OCUPACIONAL	Descripción del tipo de trabajo/profesión u oficio que ha venido desarrollando el Asegurado

4. DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y CAUSA	
DOCUMENTOS QUE RESPALDAN LA DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y CAUSA	
FECHA	Incluya la fecha (dd/mm/aaaa) del documento o registro
RESPONSABLE	Incluya nombres y apellidos de la persona que suscribe el registro o nombre y apellido de la persona que se hace cargo del reporte o certificado
DESCRIPCIÓN	Transcriba el texto relevante a la asignación del origen y causa. Tome en cuenta que la persona que suscribe el documento es quien se hace cargo de su contenido, considere eso a momento de seleccionar que es lo que usted transcribirá en esta casilla.
ORIGEN	Asignar el origen "Profesional / Laboral" o "Común" (solo una) de acuerdo al análisis de la documentación
CAUSA	Asignar la causa "Enfermedad" o "Accidente" (solo una) de acuerdo al análisis de la documentación
OBSERVACIONES	Incluya los datos y observaciones que usted considere relevantes al caso

5. FECHA DE FALLECIMIENTO	
FECHA	Incluya la fecha de fallecimiento en la que el tribunal considera que haya ocurrido el deceso
JUSTIFICACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE LA FECHA	Realizar la referencia a los documentos del expediente que sustentan la asignación de la fecha de fallecimiento

6. DATOS DEL TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR	
FIRMA / NOMBRES Y APELLIDOS / MATRICULA PROFESIONAL	Registrar cada nombre y apellido de los médicos que participan en el tribunal de calificación, así como la matrícula profesional.