



OFICIO ORDINARIO N° 24655

Santiago, 2 de Septiembre de 2021

MATERIA

Respuesta a consultas de AFP Provida sobre Norma de Carácter General N° 283.

IDENTIFICACIÓN INTERNA: **OF-CME-21-1406**

DESTINOS

AFP Provida S.A.

cc: AFP Uno S.A., AFP Cuprum S.A., AFP Modelo S.A., AFP Planvital S.A., AFP Capital S.A., AFP Habitat S.A.

TEMA: Ley Enfermos Terminales (cod:361)

Por orden del señor Superintendente de Pensiones

MARCELA GANA CARO
INTENDENTE DE FISCALIZACIÓN DE
PRESTADORES PÚBLICOS Y PRIVADOS



600347521

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



OFICIO ORDINARIO

ANT.: 1) Ley N° 21.309.
2) Carta ST-UIT-N°1.322 de AFP Provida de fecha 28.07.21

MAT.: Respuesta a consultas de AFP Provida sobre Norma de Carácter General N° 283.

DE: SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

A: SEÑOR GERENTE GENERAL DE AFP PROVIDA

Una vez analizadas las consultas realizadas por la Administradora mediante carta señalada en el ANT. 2 y en reunión conjunta de fecha 28 de julio, esta Superintendencia da respuesta a cada numeral:

1. De acuerdo con lo indicado en la normativa legal vigente, “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.”

Consulta:

a) Si la solicitud se recibe sin certificado médico o autorización de ficha clínica ¿la solicitud debe ser rechazada de forma inmediata, puesto que no correspondería a una corrección? Esto se presenta en trámites suscritos a través de nuestra página web, en donde a pesar de que se exige adjuntar ambos documentos, los mismos pueden ser documentos no válidos.

Respuesta: En la NCG N° 283, letra D1, Capítulo 2, apartado 4.4 se indica: “En caso de 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.”

Por su parte, el apartado 4.6 de Subsanación y rechazo de la Solicitud establece que, “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.”

Por lo tanto, lo que usted consulta ya se encuentra instruido en la norma vigente.

Consulta:

b) Si la solicitud no adjunta un documento válido, y se notifica de esto al afiliado, ¿debemos entender que el plazo para rechazar la solicitud es a contar de la primera notificación?

Respuesta: En el caso que la Administradora reciba una solicitud incompleta o acompañada de un certificado inválido, deberá comunicarlo así al afiliado, dentro del plazo de un día hábil, para que éste efectúe las correcciones necesarias.

A su vez, el afiliado dispondrá de un plazo de 10 días hábiles para efectuar las correcciones requeridas respecto de su solicitud o del certificado médico, contado desde que es notificado por la Administradora. Una vez finalizado este plazo sin que el solicitante haya presentado la corrección solicitada, la Administradora deberá rechazar la solicitud (Libro III, Título I, Letra D.1, Capítulo II, número 4.6).

La notificación antes referida deberá realizarse a través de los medios señalados en el numeral 4.5 sobre Comunicación al afiliado o pensionado, esto es, al correo electrónico o al teléfono celular informado por el afiliado en su solicitud, y a aquellos registrados en la base de datos de la AFP, si fuesen diferentes. Si sólo se cuenta con la dirección del afiliado, la Administradora deberá remitir una carta certificada. Así, el plazo de 10 días hábiles se contará desde la comunicación efectuada por vía telefónica o de correo electrónico o, tratándose de carta certificada, al tercer día hábil contado desde el despacho del documento.

En caso de presentar por segunda vez un documento no válido, se debe informar el plazo que resta para el vencimiento del plazo entregado originalmente, en caso de no llegar con documentación válida en ese plazo se deberá rechazar la solicitud y el afiliado o pensionado deberá presentar una nueva solicitud.

Consulta:

c) Si se recibe un documento que presenta inconsistencias ¿sería correcto modificar la fecha de solicitud del beneficio a la fecha de recepción del documento válido? A nuestro parecer modificar la fecha de solicitud impacta o podría impactar:

- a. La cobertura SIS, para los afiliados activos.
- b. Devengamiento del beneficio.
- c. Inconsistencias con el comprobante de ingreso a disposición del afiliado.

Respuesta: A juicio de esta Superintendencia, la fecha de solicitud corresponde a la presentación de esta por parte del afiliado o pensionado (vía web o presencial), independiente de la fecha de recepción del documento obligatorio válido. Cuando un afiliado o pensionado presenta una solicitud vía telefónica, la fecha de esta corresponde al día que envía los documentos obligatorios que, eventualmente, podrían no ser válidos, pero la fecha de solicitud se mantiene.

2. Respecto de los certificados médicos, comprendemos que la AFP solo debe validar:
- Autenticidad, ingresando número de serie en la plataforma.
 - Que el certificado esté debidamente timbrado y firmado (firma y timbre médico tratante, firma y timbre del director y timbre del Establecimiento de Salud).
 - Que el médico tratante se encuentre inscrito en el registro nacional de prestadores de Salud.

Consulta:

a) “Como Administradora entendemos que no son válidos los certificados médicos manuales puesto que no podemos determinar la autenticidad de los mismos en la plataforma correspondiente, esto es, en Previred. Adicionalmente, en muchos casos no se comprende la letra en el llenado realizado por los médicos. “

Respuesta: De acuerdo con la NCG Capítulo II apartado 2, se indica que la plataforma es un medio de verificación del certificado médico, además señala que la emisión del certificado médico debe realizarse en la plataforma web centralizada creada para este efecto, por lo tanto, una vez llenado por el médico tratante este debe imprimirlo, para firmarlo y timbrarlo. Por lo anterior, los certificados llenados en forma manual no son válidos.

Consulta:

b) Con relación a la sección del certificado médico correspondiente a datos de la Institución de Salud, si no está completo ¿es motivo de rechazo de parte de la Administradora?

Respuesta: Si bien no se señala expresamente que la falta de datos de la institución de salud en el certificado médico constituiría causal de rechazo, debe entenderse así pues el número 4.4 del ya citado Capítulo II de la Letra D.1, establece que la validación del certificado médico requiere, entre otros, que esté firmado por el director médico de la institución de salud donde el solicitante recibió tratamiento, por su subrogante o por otra persona designada por él para suscribir el documento. Por tanto, es esencial

que la identificación de la institución de salud esté incorporada en el certificado, pues es el único medio para que la Administradora corrobore que quien firma por ella, ostenta el cargo de director médico o su equivalente.

Por lo tanto, los datos correspondientes al Establecimiento de Salud, de la sección H. Identificación del establecimiento de salud donde recibe las atenciones, Identificación persona encargada de entregar información y de la sección I. Identificación del director médico o su delegado del establecimiento de salud, deben siempre estar completos.

Consulta:

c) Cuando el Consejo Médico devuelve una solicitud por “certificado médico incompleto”, la AFP comunica de esto al afiliado, pero ¿es posible obtener una descripción más detallada de “incompleto”?

Respuesta: Prontamente, se modificará nuestro sistema para incluir un campo de texto con el detalle del motivo de devolución para su conocimiento.

3. Con relación a los plazos para certificar la condición de enfermo terminal de un afiliado, la normativa establece que “El Consejo Medico 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, por medios electrónicos idóneos, la respectiva certificación.”

Consulta:

¿Cuál es el plazo para certificar la calidad de enfermo terminal desde que se recibe la solicitud con toda la documentación correcta? Esta información nos ayudará a aclarar las inquietudes de nuestros afiliados.

Respuesta: Según lo establece la norma, al momento de recibir la solicitud del afiliado o pensionado en el Consejo Médico, esto es con toda la documentación correcta, empieza a correr el plazo para certificar, que corresponden a 5 días hábiles. En algunos casos, el Consejo puede solicitar antecedentes adicionales a las Instituciones de Salud, cuando esto ocurre el plazo se extiende a 10 días hábiles, contados desde la misma fecha de recepción al Consejo Médico.

El afiliado tiene la posibilidad de revisar el estado de su trámite dentro del Consejo Médico, accediendo con su clave única al siguiente link: <https://set.spensiones.cl>. Esta última información fue enviada en Oficio ordinario N° 20022 de fecha 14.07.21.

4. La norma indica que “En caso de que el 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, este pasara a ser herencia solo si su pago se encontraba emitido”

Consulta:

Respecto de los señalado en la letra a. no se comprende la instrucción, puesto que no es posible generar pago a un afiliado fallecido.

Respuesta: Las pensiones que se devengaron hasta la fecha del fallecimiento constituirán herencia. Dado que el afiliado no alcanzó a ejercer la opción, dichas pensiones corresponderán a la Renta Temporal Máxima.

5. La norma indica que “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.”

Consulta:

En Oficio N° 8.282 se indicó: “Caso 2: El saldo del afiliado en su cuenta de capitalización individual es superior a 12 PBS, pero inferior al monto necesario para constituir la reserva para pensiones de sobrevivencia y cuota mortuoria. En este caso, se paga una renta temporal igual a la PBS por 12 meses y se constituye reserva por el remanente (se debe priorizar cuota mortuoria) hasta agotar el saldo”

Entendemos que se mantiene lo instruido en Oficio señalado, que corrigió esta instrucción del Oficio N°6523.

Respuesta: Ambas situaciones son distintas, en una el saldo es inferior al necesario para financiar 12 PBS y en la otra el saldo es superior al necesario para financiar 12 PBS pero el remanente no es suficiente para constituir la reserva para pensiones de sobrevivencia y cuota mortuoria, por lo tanto ambas instrucciones son válidas.

6. Respecto del cálculo y pago de la pensión y del excedente:
- a) En Capítulo III. Cálculo y pago de la pensión y del excedente, punto N° 1. Constitución del saldo, indica que se debe realizar recálculo producto del retiro de los

fondos, sin embargo, en el Capítulo V. Otras consideraciones punto d) indica que no se debe realizar recálculos de conformidad a las Leyes N° 21.248, 21.295 y 21.330.

Consulta:

Confirmar si se deberá efectuar recálculo de los beneficios producto del retiro de fondos por las leyes 21.248 y 21.295, puesto que en la NCG 283, se mencionan instrucciones contradictorias.

Respuesta: No debiera efectuarse recálculo, debiendo aplicarse lo señalado en la letra d) del capítulo V.

b) Referente al Capítulo III. Cálculo y pago de la pensión y del excedente, punto N° 1. Constitución del saldo:

Consulta:

Solicita aclarar si producto del recálculo por ingresos o egreso de fondos en la Cuenta de afiliado, se debe considerar 12 periodos o los periodos restantes para completar 12 meses. Esto debido a que según fórmula del Factor para cálculo de la Renta Temporal máxima, el periodo es fijo en 12.

Respuesta: El periodo de 12 meses está definido para el momento cero, si existe un recálculo deberá considerarse el periodo faltante para llegar al mes 12.

7. Según lo indicado en la norma, en lo referido a tipos de dictámenes o acuerdos "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.

Consulta:

Si el afiliado fallece y se recibe un dictamen de inválido total, ¿se debe calcular aporte adicional con un dictamen ejecutoriado post fallecimiento, considerando al afiliado en el cálculo?

Se sugiere realizar la acción de cálculo y abono sin la necesidad de contar con la solicitud del grupo familiar, en especial porque puede ocurrir que no los haya

declarado o que no se tengan los datos de contacto. Las Cuotas Mortuorias son tramitadas principalmente por terceros.

Respuesta: La AFP debe enterar el Aporte Adicional como afiliado inválido, considerando en su cálculo al afiliado y todos los beneficiarios declarados por el afiliado en la solicitud de enfermo terminal y cualquier otro que se declarara dentro del plazo para enterar el Aporte Adicional.

8. Respecto de “Acreditar los beneficiarios de pensión de sobrevivencia declarados en la solicitud por los afiliados no pensionados”, la normativa establece que: “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.”

Consulta:

Se desprende de lo indicado, que la Administradora está obligada a validar la información de acuerdo a lo indicado en la declaración de beneficiarios del afiliado, no obstante, pueden presentarse casos en los cuales no se declara a la cónyuge o conviviente civil, cuya existencia puede ser validada a través del Registro Civil de Identificación.

Se solicita instruir ¿cómo proceder en estos casos?, puesto que en ocasiones no es posible contactar a los afiliados, por su delicado estado de salud, para solicitarles la declaración mencionada, de modo de incorporar al beneficiario en los cálculos y beneficios correspondientes.

Respuesta: Si la AFP toma conocimiento de la existencia de un beneficiario deberá incorporarlo, aunque no se encuentre declarado.

Saluda atentamente a usted,

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

MGC/AMV/SHL/APC

Distribución:

- Señores Gerente General AFP Provida.
- Señores Gerentes Generales Administradoras.

- Fiscalía.
- División Prestaciones y Seguros.
- División Desarrollo Normativo.