

Resolución No. **I-DO-SA-00001-1998**

San Salvador, 15 de abril de 1998

La Superintendente de Pensiones

**CONSIDERANDO:**

- I. Que de acuerdo a lo establecido en los artículos 13 literal b) de la Ley Orgánica de la Superintendencia de Pensiones y 234 inciso segundo de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones, el Superintendente tiene la facultad de emitir los instructivos y resoluciones para el cumplimiento y aplicación de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones.
- II. Que de acuerdo a los artículos 20, 21 y 23 del Reglamento de la Comisión Calificadora de Invalidez, los formularios en los cuales el trabajador afiliado o sus beneficiarios soliciten la calificación, evaluación, y reevaluación de invalidez, ya sea de origen común o profesional, se establecerán a través del Instructivo que para tales efectos emita esta Superintendencia.
- III. Que es necesario regular la elaboración de dichos formularios para el que Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos, el Programa Especial de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales de los Trabajadores Docentes del Sector Público y las Instituciones Administradoras de Fondos de Pensiones, utilicen formularios similares en lo que respecta a su contenido, tamaño y distribución.

**RESUELVE:**

En el ejercicio de sus facultades legales contempladas en el artículo 13 literal b) de la Ley Orgánica de la Superintendencia de Pensiones y 234 inciso segundo de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones, emitir el instructivo número I-001/98: "DISEÑO E INSTRUCCIONES QUE DEBERAN SEGUIRSE PARA COMPLETAR LOS FORMULARIOS DE SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO, SOLICITUD DE REEVALUACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO, SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE BENEFICIARIO SOBREVIVIENTE Y SOLICITUD DE RECLAMO, PARA LAS INSTITUCIONES ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES, INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PUBLICOS Y EL PROGRAMA ESPECIAL DE ENFERMEDAD, MATERNIDAD Y RIESGOS PROFESIONALES DE LOS TRABAJADORES DOCENTES DEL SECTOR PUBLICO", cuyas normas constituyen anexos a la presente resolución.

**COMUNÍQUESE.-**

**Francia Brevé**  
**Superintendente**



INSTRUCTIVO: I-001/98

San Salvador, 15 de abril de 1998

ASUNTO: DISEÑO E INSTRUCCIONES QUE DEBERÁN SEGUIRSE PARA COMPLETAR LOS FORMULARIOS DE SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO, SOLICITUD DE REEVALUACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO, SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE BENEFICIARIO SOBREVIVIENTE Y SOLICITUD DE RECLAMO, PARA LAS INSTITUCIONES ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES, INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PUBLICOS Y EL PROGRAMA ESPECIAL DE ENFERMEDAD, MATERNIDAD Y RIESGOS PROFESIONALES DE LOS TRABAJADORES DOCENTES DEL SECTOR PÚBLICO.

### **I. OBJETIVO:**

El objetivo del presente instructivo es normar el diseño de los formularios de "SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO, SOLICITUD DE REEVALUACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO, SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE BENEFICIARIO SOBREVIVIENTE Y SOLICITUD DE RECLAMO", así como garantizar que las Instituciones responsables de esta actividad asesoren adecuadamente a los solicitantes en el trámite de los mismos, dichos diseños serán de cumplimiento obligatorio para las Instituciones Administradoras de Fondos de Pensiones, Instituto Salvadoreño del Seguro Social e Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos y el Programa Especial de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales de los Trabajadores Docentes del Sector Público.

### **II. FUNDAMENTO LEGAL**

Este instructivo se emite con base en el literal b) del Art. 13 de la Ley Orgánica de la Superintendencia de Pensiones y al inciso segundo del Art. 234 de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones, publicadas en el Diario Oficial Número 243 Tomo 333 del 23 de diciembre de 1996.

### **III. DENOMINACIONES**

Trabajador afiliado: Persona natural que se encuentre afiliada ya sea al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, al Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos, a una Institución Administradora de Fondos de Pensiones y al el Programa Especial de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales de los Trabajadores Docentes del Sector Público.

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Sobreviviente beneficiario:       | Persona natural, que a la muerte del trabajador afiliado, tenga derecho a percibir una pensión por invalidez, de acuerdo a la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones.                |
| Comisión:                         | Comisión Calificadora de Invalidez.  |
| AFP:                              | Institución Administradora de Fondos de Pensiones.   |
| SAP:                              | Sistema de Ahorro para Pensiones.  |
| SPP:                              | Sistema de Pensiones Público.  |
| Superintendencia:                 | Superintendencia de Pensiones.   |
| Ley:                              | Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones.  |
| ISSS:                             | Instituto Salvadoreño del Seguro Social.   |
| INPEP:                            | Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos.   |
| Instituciones Previsionales:      | Comprende a las Instituciones Administradoras de Fondos de Pensiones, al Instituto Salvadoreño del Seguro Social y al Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos.       |
| C.I.P.                            | Cédula de Identidad Personal.  |
| NUP:                              | Número Unico Previsional otorgado por la Superintendencia, para identificar a los afiliados a las Instituciones Previsionales.   |
| Sistemas Previsionales:           | Sistema de Ahorro para Pensiones y Sistema de Pensiones Público.   |
| Sistema de Ahorro Para Pensiones: | Integrado por las Instituciones Previsionales Privadas llamadas Administradoras de Fondos de Pensiones (A.F.P.).   |
| Sistema de Pensiones Público:     | Integrado por las Instituciones Previsionales siguientes: el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (I.S.S.S) y el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP). |

Régimen de Salud: Programa Especial de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales de los Trabajadores Docentes del Sector Público.

#### **IV. DEFINICIONES**

Formulario de Solicitud de Calificación de Invalidez de Trabajador Afiliado: Es el documento mediante el cuál el trabajador afiliado solicita a las Instituciones Previsionales, someter a consideración de la Comisión, su evaluación para determinar el origen de la invalidez y calificar el menoscabo en su capacidad de trabajo.

Formulario de Solicitud de Reevaluación de Invalidez: Es el documento mediante el cual el trabajador afiliado solicita a las Instituciones Previsionales, someter a consideración de la Comisión, su reevaluación y calificación del menoscabo en su capacidad de trabajo, después de un primer dictamen, y además después de un segundo dictamen en el cual su menoscabo fue calificado como invalidez parcial y su condición de inválido se vea agravada.

Formulario de Evaluación de Invalidez de Beneficiario Sobreviviente: Es el documento mediante el cual el beneficiario sobreviviente solicita a la Institución Previsional a la que se encontraba afiliado el causante, someter a consideración de la Comisión, su evaluación para determinar su condición de inválido y calificar el menoscabo en su capacidad de trabajo.

Solicitud de Reclamo: Es el documento mediante el cuál el trabajador afiliado, sus beneficiarios sobrevivientes, las Instituciones Previsionales y/o las Sociedades de Seguros solicitan a la Superintendencia, someter a revisión de la Comisión, el dictamen emitido sobre una solicitud ya sea en cuanto al origen de su invalidez y/o calificación del menoscabo en la capacidad de trabajo del trabajador afiliado o el beneficiario sobreviviente.

#### **V. DE LOS FORMULARIOS**

##### **DE LA SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO:**

Los trabajadores afiliados a cualquiera de las Instituciones Previsionales, que sufran un menoscabo permanente de la capacidad para ejercer cualquier trabajo, a consecuencia de enfermedad o accidente, debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales ya sean

de origen común o profesional, podrán solicitar a dichas Instituciones que sometan a consideración de la Comisión a través del FORMULARIO DE SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO, para evaluar y calificar su capacidad de trabajo y determinar el origen de su invalidez y determinar su derecho a recibir pensión por invalidez. Este formulario deberá cumplir estrictamente con el modelo que se detalla en el Anexo I, en lo que se refiere a contenido, tamaño y distribución.

### **Especificaciones del Formulario**

La SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO deberá contener en su esquina superior izquierda “SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES”, “COMISION CALIFICADORA DE INVALIDEZ, EL SALVADOR, C.A.”, en su parte central superior el título “SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO”, y en su esquina superior derecha, el número correlativo correspondiente a este formulario, el cual deberá estar preimpreso y compuesto por nueve espacios:

- Los tres primeros espacios serán las letras de identificación de la Institución Previsional correspondiente, que serán asignadas por la Superintendencia.
- Los seis espacios siguientes corresponderán a la numeración correlativa del formulario.

Ejemplo del número correlativo:

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| <b>INP</b>                                 | <b>000001</b>                 |
| Código de<br>La Institución<br>Previsional | Correlativo del<br>Formulario |

La Solicitud deberá contener las siguientes partes:

- i. El lugar y la fecha en la que el trabajador afiliado solicita a la Institución Previsional la evaluación y calificación de su invalidez por parte de la Comisión.
- ii. La frase que contiene el deseo expreso del trabajador afiliado de someterse a la evaluación y calificación de invalidez, que literalmente establece: En esta fecha, solicito a (Poner el nombre de la Institución Previsional correspondiente, el cual deberá estar preimpreso) someter a evaluación y calificación de la Comisión Calificadora de Invalidez mi capacidad de trabajo como trabajador afiliado y dictaminar sobre la misma.

### **A. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

- i. Se deberá escribir el nombre completo del afiliado solicitante iniciando con el primer apellido, luego el segundo, seguido por el o los nombres del mismo, de acuerdo al documento de identidad que presente.
- ii. Fecha de nacimiento del afiliado solicitante, en el formato “ddmmaaaa”, de acuerdo al siguiente ejemplo: Si el trabajador nació el 10 de julio de 1958, la fecha de nacimiento se escribirá así:  
10 07 1958  
dd mm aaaa
- iii. Edad en años, del afiliado solicitante.
- iv. Sexo del afiliado. En este espacio sólo se deberá marcar una casilla.
- v. CIP. Del afiliado solicitante.
- vi. NUP. Del afiliado solicitante.
- vii. ISSS. En este espacio se deberá poner el número de afiliación al ISSS del afiliado solicitante.
- viii. Dirección personal. En este espacio se deberá poner la dirección en donde reside el afiliado solicitante al momento de presentar esta solicitud.
- ix. Teléfono del afiliado solicitante. En este espacio se pondrá el número de teléfono de la residencia del afiliado, si procede. En caso contrario se pondrá el número de teléfono de un vecino, familiar o allegado, en donde se le pueda localizar o dejar recado.

## **B. NIVEL EDUCATIVO**

En esta parte del formulario se deberá seleccionar una de las opciones que se presentan.

## **C. ESTADO FAMILIAR**

En esta parte del formulario se deberá seleccionar una de las opciones que se presentan

## **D. ANTECEDENTES LABORALES**

- i. Profesión u actividad laboral. En este espacio se deberá escribir la actividad laboral a la cual se dedica el afiliado solicitante al momento de completar el formulario.
- ii. Tiempo de trabajo. En este espacio se deberá de escribir el tiempo que tiene de realizar la actividad laboral actual.
- iii. Lugar de trabajo. En este espacio se deberá escribir el nombre de la Institución, ya sea pública o privada, en la que se encuentre laborando el afiliado solicitante. Si el afiliado solicitante es cotizante independiente, se escribirá la dirección en donde se ejecute la mayor parte de su actividad laboral.
- iv. Cargo que desempeña. En este espacio se deberá escribir el cargo que desempeña el afiliado solicitante al momento de completar el formulario, en el caso de que el solicitante sea un afiliado dependiente.

- v. Dirección del Trabajo. En este espacio se deberá escribir la dirección del empleador, incluyendo la ciudad y el departamento en donde se localice geográficamente, en caso de ser afiliado dependiente. Si es trabajador independiente, se deberá escribir la dirección en donde se pueda localizar.
- vi. Teléfono del trabajo. En este espacio se deberá escribir el teléfono del empleador, si es el caso.

#### **E. PROBABLE ORIGEN DE LA INVALIDEZ**

- i. En este espacio el afiliado solicitante de acuerdo a su criterio, deberá seleccionar solamente una de las opciones que se presentan en el formulario, en relación al probable origen causal de su invalidez.
- ii. Enfermedad causal de invalidez por la cual solicita evaluación: En este espacio se escribirá el nombre de la enfermedad por la cual solicita evaluación y calificación de invalidez.

#### **F. CONDICION DE SALUD DEL SOLICITANTE**

En este espacio se deberá seleccionar una de las opciones que se presentan.

Al final del formulario se deberá incluir la frase en donde el afiliado solicitante declare bajo juramento que los datos proporcionados son expresión fiel de la verdad por la cual asume la responsabilidad correspondiente.

Firma del afiliado solicitante. Para llenar este espacio pueden presentarse los casos siguientes: 1) Que el solicitante sepa firmar. En este caso, el trabajador firmará la solicitud. 2) Que el trabajador sea menor de edad. En este caso, deberá llenar la solicitud por medio de sus representantes legales y, a falta de éstos, por medio de las personas de quienes dependa económicamente o por medio de la Procuraduría General de la República. 3) Que el solicitante no sepa firmar. En este caso, firmará a sus ruegos una persona mayor de dieciocho años que se identifique con su cédula de identidad personal.

La huella digital del solicitante. En este espacio el trabajador deberá estampar la huella correspondiente a su dedo pulgar derecho. Si el trabajador carece del dedo mencionado, la persona responsable de asesorar al afiliado solicitante, deberá especificar cuál dedo se estampará en la solicitud o escribir cuál es la razón de no estampar la huella digital, en el espacio correspondiente a las observaciones.

Firma y sello del Responsable de la Institución Previsional correspondiente. Requisito que no deberá ser omitido, caso contrario la solicitud presentada no surtirá efectos.

Espacio de observaciones. En este espacio se deberá hacer constar cualquier circunstancia que a juicio del afiliado solicitante o de la persona que lo asesore, sea necesario mencionar.

### **DE LA SOLICITUD DE REEVALUACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO**

El trabajador afiliado pensionado por invalidez, que solicita su reevaluación de invalidez al cumplir con los tres años obligatorios después de un primer dictamen emitido por la Comisión, o que solicita su reevaluación anticipada después de un primer dictamen o que solicita segunda reevaluación después de un segundo dictamen en el cual se calificó una invalidez parcial, posterior a la cual se ve agravada su condición de inválido; deberá solicitar su reevaluación en la capacidad de trabajo a través de la SOLICITUD DE REEVALUACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO para ser considerada por la Comisión y continuar con el derecho a recibir pensión por invalidez. Este formulario deberá cumplir estrictamente con el modelo que se detalla en el Anexo II, en lo que se refiere a contenido, tamaño y distribución.

#### **Especificaciones del Formulario**

La SOLICITUD DE REEVALUACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO deberá contener en su esquina superior izquierda “SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES”, “COMISION CALIFICADORA DE INVALIDEZ, EL SALVADOR, C.A.”, en su parte central superior el título “SOLICITUD DE REEVALUACION DE INVALIDEZ DE TRABAJADOR AFILIADO”, y en su esquina superior derecha, el número correlativo correspondiente a este formulario, el cual deberá estar preimpreso y compuesto por nueve espacios:

- Los tres primeros espacios serán las letras de identificación de la Institución Previsional correspondiente, que serán asignadas por la Superintendencia.
- Los seis espacios siguientes corresponderán a la numeración correlativa del formulario.

Ejemplo del número correlativo:

|                |                 |
|----------------|-----------------|
| <b>INP</b>     | <b>000001</b>   |
| Código de      | Correlativo del |
| La Institución | Formulario      |
| Previsional    |                 |

Además deberá de contener las opciones siguientes:

Anticipada  
Obligatoria  
Otra

El afiliado solicitante deberá seleccionar solamente una de las opciones que se presentan, según sea el caso.

La Solicitud deberá contener las siguientes partes:

- i. El lugar y la fecha en la que el trabajador afiliado solicita a la Institución Previsional su reevaluación y calificación de su invalidez por parte de la Comisión.
- ii. La frase que contenga el deseo expreso del trabajador afiliado, que literalmente establece: En esta fecha, solicito a (Poner el nombre de la Institución Previsional correspondiente, el cual deberá estar preimpreso) someter a reevaluación y calificación de la Comisión Calificadora de Invalidez mi capacidad de trabajo como trabajador afiliado y dictaminar sobre la misma.

#### **A. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE**

- i. Se deberá escribir el nombre completo del afiliado pensionado solicitante iniciando con el primer apellido, luego el segundo, seguido por el o los nombres del mismo, de acuerdo al documento de identidad que presente.
- ii. Fecha de nacimiento del afiliado pensionado solicitante, en el formato “ddmmaaaa”, de acuerdo al siguiente ejemplo: Si el trabajador nació el 10 de julio de 1958, la fecha de nacimiento se escribirá así:  
10 07 1958  
dd mm aaaa
- iii. Edad en años del afiliado pensionado solicitante.
- iv. Sexo del afiliado. En este espacio sólo se deberá marcar una casilla.
- v. CIP. Del afiliado solicitante
- vi. NUP. Del afiliado solicitante.
- vii. ISSS. En este espacio se deberá poner el número de afiliación al ISSS del afiliado pensionado solicitante.
- viii. Dirección personal. En este espacio se deberá poner la dirección en donde resida el afiliado pensionado al momento de presentar esta solicitud.
- ix. Teléfono del afiliado solicitante. En este espacio se pondrá el número de teléfono de la residencia del afiliado pensionado, si procede. En caso contrario se pondrá el número de teléfono de un vecino, familiar o allegado, en donde se le pueda localizar o dejar recado.
- x. Profesión o actividad laboral. En este espacio se deberá escribir la actividad laboral a la cual se dedicaba el afiliado pensionado solicitante al momento de la emisión del primer dictamen.
- xi. Empleador. En este espacio se deberá escribir el nombre, denominación o razón social del empleador del afiliado pensionado solicitante, en caso de ser afiliado dependiente.

- xii. Dirección del empleador. En este espacio se deberá escribir la dirección del empleador, incluyendo la ciudad y el departamento en donde se localice geográficamente, en caso de ser afiliado dependiente.
- xiii. Teléfono del empleador. En este espacio se deberá escribir el número de teléfono del empleador, si es el caso.

## **B. ANTECEDENTES MEDICO-PREVISIONALES**

- i. Primer Dictamen. En este espacio se deberá escribir la fecha en que se emitió el primer dictamen por parte de la Comisión, de acuerdo al formato “ddmmaaaa”. de acuerdo al siguiente ejemplo: Emisión del primer dictamen 20 de mayo de 1994, la fecha se escribirá así:  
20 05 1994  
dd mm aaaa
- ii. Número del primer dictamen. En este espacio se escribirá el número de l Acuerdo de la Comisión que contiene el primer dictamen emitido al solicitante.
- iii. Origen de la invalidez. En este espacio se deberá seleccionar solamente una de las opciones que se presentan; de acuerdo al primer dictamen emitido por la Comisión:  
Enfermedad común  
Accidente común  
Enfermedad profesional  
Accidente del trabajo
- iv. Tipo de pensión. En este espacio se deberá seleccionar una de las opciones presentadas de acuerdo a la pensión concedida por la Comisión en la emisión del primer dictamen.  
Parcial  
Total  
Gran invalidez
- v. Segundo dictamen. Este espacio solamente será completado por los afiliados que solicitan reevaluación después del segundo dictamen.
- vi. Fecha del segundo dictamen. En este espacio se deberá escribir la fecha en que se emitió el segundo dictamen por parte de la Comisión, de acuerdo al formato “ddmmaaaa”.
- vii. Número del segundo dictamen. En este espacio se escribirá el número del Acuerdo de la Comisión, que contiene el segundo dictamen emitido al solicitante.
- viii. Tipo de pensión. En este espacio se deberá seleccionar una de las opciones presentadas de acuerdo a la pensión concedida por la Comisión en la emisión del segundo dictamen.  
Parcial  
Total  
Gran invalidez

### **C. CONDICION DE SALUD DEL SOLICITANTE**

En este espacio se deberá seleccionar una de las opciones que se presentan.

Al final del formulario se deberá incluir la frase en donde el afiliado solicitante declare bajo juramento que los datos proporcionados son expresión fiel de la verdad por la cual asume la responsabilidad correspondiente.

Firma del afiliado solicitante. Para llenar este espacio pueden presentarse los casos siguientes: 1) Que el solicitante sepa firmar. En este caso, el trabajador firmará la solicitud. 2) Que el trabajador sea menor de edad. En este caso, deberá llenar la solicitud por medio de sus representantes legales y, a falta de éstos, por medio de las personas de quienes dependa económicamente o por medio de la Procuraduría General de la República. 3) Que el solicitante no sepa firmar. En este caso, firmará a sus ruegos una persona mayor de dieciocho años que se identifique con su cédula de identidad personal.

La huella digital del solicitante. En este espacio el trabajador deberá estampar la huella correspondiente a su dedo pulgar derecho. Si el trabajador carece del dedo mencionado, la persona responsable de asesorar al afiliado solicitante, deberá especificar cuál dedo se estampará en la solicitud o escribir cuál es la razón de no estampar la huella digital, en el espacio correspondiente a las observaciones.

Firma y sello del Responsable de la Institución Previsional correspondiente. Requisito que no deberá ser omitido, caso contrario la solicitud presentada no surtirá efectos.

Espacio de observaciones. En este espacio se deberá hacer constar cualquier circunstancia que a juicio del afiliado pensionado solicitante o de la persona que lo asesore, sea necesario mencionar.

### **DE LA SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE BENEFICIARIO SOBREVIVIENTE**

Los beneficiarios sobrevivientes de un trabajador afiliado a cualquiera de la Instituciones Previsionales, que sufran un menoscabo permanente de la capacidad para ejercer cualquier trabajo, a consecuencia de enfermedad o accidente, debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales sean de cualquier origen, podrán solicitar a dichas Instituciones que sometan a consideración de la Comisión a través del FORMULARIO DE SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE BENEFICIARIO SOBREVIVIENTE, para evaluación y calificación de su condición de inválido y determinar su derecho a recibir pensión por invalidez de beneficiario sobreviviente. Este formulario deberá cumplir estrictamente con el modelo que se detalla en el Anexo III, en lo que se refiere a contenido, tamaño y distribución.

## Especificaciones del Formulario

La SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE BENEFICIARIO SOBREVIVIENTE deberá contener en su esquina superior izquierda “SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES”, “COMISION CALIFICADORA DE INVALIDEZ, EL SALVADOR, C.A.”, en su parte central superior el título “SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE BENEFICIARIO SOBREVIVIENTE”, y en su esquina superior derecha, el número correlativo correspondiente a este formulario, el cual deberá estar preimpreso y compuesto por nueve espacios:

- Los tres primeros espacios serán las letras de identificación de la Institución Previsional correspondiente, que serán asignadas por la Superintendencia.
- Los seis espacios siguientes corresponderán a la numeración correlativa del formulario.

Ejemplo del número correlativo:

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| <b>INP</b>                                 | <b>000001</b>                 |
| Código de<br>La Institución<br>Previsional | Correlativo del<br>Formulario |

La Solicitud deberá contener las siguientes partes:

- i El lugar y la fecha en la que el interesado solicita a la Institución Previsional la evaluación y calificación de su invalidez por parte de la Comisión.
- ii La frase que contiene el deseo expreso del solicitante de someterse a la evaluación y calificación de invalidez, que literalmente establece: En esta fecha, solicito a (Poner el nombre de la Institución Previsional correspondiente, el cual deberá estar preimpreso) someter a evaluación y calificación de la Comisión Calificadora de Invalidez mi capacidad de trabajo como beneficiario sobreviviente y dictaminar sobre la misma.

### A. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

- i. Se deberá escribir el nombre completo del solicitante iniciando con el primer apellido, luego el segundo, seguido por el o los nombres del mismo, de acuerdo al documento de identidad que presente.
- ii. Fecha de nacimiento del solicitante, en el formato “ddmmaaaa”, de acuerdo al siguiente ejemplo: Si el solicitante nació el 10 de julio de 1958, la fecha de nacimiento se escribirá así:  
10      07      1958  
dd      mm      aaaa
- iii. Edad en años del solicitante.

- iv. Sexo del solicitante. En este espacio sólo se deberá marcar una casilla.
- v. Fecha cuando ocurrió el impedimento físico y/o intelectual. En este espacio se deberá escribir la fecha de cuando ocurrió el impedimento físico y/o intelectual, de acuerdo a la determinación médica correspondiente, en el formato “ddmmaaaa”
- vi. C.I.P. del solicitante, si es el caso, o cualquier otro documento que acredite su identidad.
- vii. Relación de Parentesco con el causante. En este espacio se deberá marcar únicamente una de las opciones que se presentan:
  - Hijo
  - Hija
  - Cónyuge
  - Padre
  - Madre
- viii. Dirección personal. En este espacio se deberá poner la dirección en donde resida el solicitante al momento de presentar esta solicitud.
- ix. Teléfono del solicitante. En este espacio se pondrá el número de teléfono de la residencia del solicitante, si procede. En caso contrario se pondrá el número de teléfono de un vecino, familiar o allegado, en donde se le pueda localizar o dejar recado.

## **B. NIVEL EDUCATIVO**

En esta parte del formulario se deberá seleccionar una de las opciones que se presentan.

## **C. DATOS DEL CAUSANTE**

- i. Se deberá escribir el nombre completo del causante iniciando con el primer apellido, luego el segundo, seguido por el o los nombres del mismo de acuerdo a la Cédula de Identidad Personal (CIP).
- ii. CIP. En este espacio se deberá escribir el número de cédula de identidad personal del causante.
- iii. NUP. En este espacio se deberá escribir el número único previsional del causante.
- iv. ISSS. En este espacio se deberá escribir el número de afiliación al ISSS del causante.

El solicitante deberá adjuntar a este formulario una certificación en original de la partida de defunción del causante. Además, deberá anexar fotocopia de cada uno de los documentos que contienen los datos de identificación que se solicitan del causante.

## **D. CONDICION DE SALUD DEL CAUSANTE**

En este espacio se deberá seleccionar una de las opciones que se presentan.

Al final del formulario se deberá incluir la frase en donde el solicitante declare bajo juramento que los datos proporcionados son expresión fiel de la verdad por la cual asume la responsabilidad correspondiente.

Firma del solicitante. Para llenar este espacio pueden presentarse los casos siguientes: 1) Que el solicitante sepa firmar. En este caso, el solicitante firmará la solicitud 2) Que el solicitante sea menor de edad. En este caso, deberá llenar solicitud por medio de sus representantes legales y, a falta de éstos, por medio de las personas de quienes dependa económicamente o por medio de la Procuraduría General de la República. 3) Que el solicitante no sepa firmar. En este caso firmará a sus ruegos una persona mayor de dieciocho años que se identifique con su cédula de identidad personal.

La huella digital del solicitante. En este espacio el solicitante deberá estampar la huella correspondiente a su dedo pulgar derecho. Si el trabajador carece del dedo mencionado, la persona responsable de asesorar al solicitante, deberá especificar cuál dedo se estampará en la solicitud o escribir cuál es la razón de no estampar la huella digital, en el espacio correspondiente a las observaciones.

Firma y sello del Responsable de la Institución Previsional correspondiente. Requisito que no deberá ser omitido, caso contrario la solicitud presentada no surtirá efectos.

Espacio de observaciones. En este espacio se deberá hacer constar cualquier circunstancia que a juicio del solicitante o de la persona que lo asesore, sea necesario mencionar.

## **DE LA SOLICITUD DE RECLAMOS**

Los trabajadores afiliados, los beneficiarios sobrevivientes, las Instituciones Previsionales y las Sociedades de Seguros, podrán presentar a la Comisión Calificadora de Invalidez de la Superintendencia, reclamos por escrito, en un formato libre, aludiendo las causales de su reclamo y su fundamento; aportando los nuevos antecedentes que a criterio del reclamante deban tenerse en consideración para la resolución del reclamo. Este reclamo se deberá presentar dentro de los quince días hábiles después de la notificación del dictamen.

El escrito de Solicitud de Reclamo deberá contener el lugar y la fecha en la que el reclamante somete a consideración de la Comisión, la revisión del dictamen emitido.

En el caso de que el reclamante sea una persona natural deberá estampar su firma y su huella digital, de acuerdo a las siguientes indicaciones:

Firma del reclamante. Para llenar este espacio pueden presentarse los casos siguientes: 1) Que el reclamante sepa firmar. En este caso, el reclamante firmará la solicitud. 2) Que

el reclamante sea menor de edad. En este caso, deberá llenar solicitud por medio de sus representantes legales y, a falta de éstos, por medio de las personas de quienes dependa económicamente o por medio de la Procuraduría General de la República. 3) Que el reclamante no sepa firmar. En este caso, firmará a sus ruegos una persona mayor de dieciocho años que se identifique con su cédula de identidad personal.

El reclamante deberá estampar la huella digital correspondiente a su dedo pulgar derecho. Si el reclamante carece del dedo mencionado, la persona responsable de asesorar al reclamante, deberá especificar cuál dedo se estampará en la solicitud o escribir cuál es la razón de no estampar la huella digital, en el espacio correspondiente a las observaciones.

En el caso de que el reclamante sea una persona jurídica, el reclamo deberá ser suscrito y firmado por el representante legal o el delegado para tal efecto. Además deberá de estampar el sello del reclamante.

## **VI. DISPOSICIONES GENERALES**

- i. Los formularios a que se hace referencia en el presente instructivo, estarán a disposición de los interesados en las oficinas administrativas del ISSS, INPEP, Bienestar Magisterial, y en las oficinas y agencias de las AFP; dichos formularios sólo podrán ser completados dentro de las instalaciones de las respectivas Instituciones Previsionales o en las agencias, oficinas nacionales u oficinas de representación, si es el caso.
- ii. Los formularios deberán ser completados por los interesados, a excepción de que se encuentren impedidos de realizar personalmente este trámite, caso en el que podrán hacerse representar por un familiar dentro del primero o segundo grado de consanguinidad o personas autorizadas por los medios legales correspondientes.
- iii. Las Instituciones Previsionales deberán designar a una persona previamente capacitada, para ofrecer asesoría a los solicitantes de pensión de invalidez para completar los formularios en su totalidad con letra de imprenta y no deberá contener borrones, tachaduras, enmendaduras o cualquier otra alteración.
- iv. En el número correlativo de cada uno de los formularios deberán contener un Código que identifique a cada una de las instituciones Previsionales, el cual deberá estar preimpreso de acuerdo a la siguiente especificación.

|      |               |
|------|---------------|
| INP: | INPEP         |
| ISS: | ISSS          |
| MAX: | AFP MAXIMA    |
| FUT: | AFP PROFUTURO |
| POR: | AFP PORVENIR  |

PRE: AFP PREVISION  
COF: AFP CONFIA

- v. Para efecto de llenar cada uno de los formularios a que se refiere el presente Instructivo, los solicitantes también podrán identificarse con su carné de residente, pasaporte o carné de minoridad, cuando no tengan a disposición la C.I.P., lo cual se hará constar en el área de observaciones, de la solicitud correspondiente.
- vi. Los formularios a que se refiere el presente Instructivo, deberán imprimirse con letras de color negro, en original y dos copias. En el margen derecho de los formularios, se deberá agregar el destinatario del original y de las copias del mismo, debiendo estar preimpreso verticalmente como se detalla en el Anexo I, II y III.

El color del papel en que se imprima el original y cada una de las copias para cada uno de los destinatarios del formulario, será el siguiente:

1. El original para la Comisión, en papel color blanco;
2. La primera copia para la Institución Previsional, en papel color amarillo; y
3. La segunda copia para el trabajador afiliado, en papel color celeste.

El papel a utilizar para el formulario deberá ser papel bond base 16, quedando a opción de la Institución Previsional si utiliza papel químico, pero siempre manteniendo la misma base 16; asimismo, deberán ser organizados en bloques de 50 formularios cada uno.

- vii. El cumplimiento en el diseño del formato y la información contenida en estos formularios es obligatorio para iniciar los trámites de evaluación y calificación por invalidez.
- viii. Utilizar un formulario diferente a los establecido en este instructivo dejará sin efecto la solicitud presentada, asimismo, no surtirá efecto dicha solicitud cuando incluya información que no corresponda u omita parte de la misma, lo cual será sancionado de conformidad con la Ley.

## **VII. FACULTADES**

La Superintendencia en el ejercicio de sus facultades de fiscalización, verificará el cumplimiento de las normas contenidas en el presente instructivo.

La Superintendencia se reserva el derecho de efectuar cualquier cambio en la información y formatos contenidos en este instructivo cuando así lo considere conveniente, a fin de garantizar la efectividad de los procesos en los cuales serán utilizados.

El presente instructivo entrará en vigencia a partir del día quince de abril de mil novecientos noventa y ocho.-

**FRANCIA BREVE**  
Superintendente

ANEXO I

**SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES  
COMISIÓN CALIFICADORA DE INVALIDEZ  
EL SALVADOR, C.A.**

INP-000001

**SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE  
TRABAJADOR AFILIADO**

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Día) (Mes) (Año)

En esta fecha, solicito a la Institución Previsional: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Institución)

Someter a evaluación y calificación de la Comisión Calificadora de Invalidez, mi capacidad de trabajo como trabajador afiliado y dictaminar sobre la misma.

**A. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
Primer apellido Segundo apellido Nombres  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad  Sexo: M  F   
CIP: \_\_\_\_\_ NUP: \_\_\_\_\_ ISSS: \_\_\_\_\_  
Dirección personal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**B. NIVEL EDUCATIVO**

Analfabeto   
Básica o primaria   
Media o secundaria   
Superior no universitaria   
Universitaria

**C. ESTADO FAMILIAR**

Soltero   
Casado   
Acompañado   
Divorciado   
Viudo

**D. ANTECEDENTES LABORALES**

Profesión o actividad laboral: \_\_\_\_\_

Tiempo de trabajo: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

**E. PROBABLE ORIGEN DE LA INVALIDEZ**

Enfermedad común

Enfermedad profesional

Accidente común

Accidente de trabajo

Enfermedad causal de invalidez por la cual solicita evaluación: \_\_\_\_\_

**F. CONDICION DE SALUD DEL SOLICITANTE**

Está el trabajador afiliado impedido para asistir personalmente a la entrevista preliminar:    Sí     No

Declaro bajo Juramento que los datos contenidos en la presente son expresión fiel de la Verdad, por lo que asumo la responsabilidad correspondiente.

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado solicitante  
o firma a ruego

\_\_\_\_\_  
Firma – sello  
Responsable de la  
Institución Previsional



Huella digital del afiliado solicitante

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANEXO II

**SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES  
COMISIÓN CALIFICADORA DE INVALIDEZ  
EL SALVADOR, C.A.**

INP-00001  
Anticipada  
Obligatoria  
Otra

**SOLICITUD DE REEVALUACIÓN DE INVALIDEZ DE  
TRABAJADOR AFILIADO**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Día) (Mes) (Año)

En esta fecha, solicito a la Institución Previsional: \_\_\_\_\_

(Nombre de la Institución)

someter a reevaluación y calificación de la Comisión Calificadora de Invalidez, mi capacidad de trabajo como trabajador afiliado y dictaminar sobre la misma.

**A. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
Primer apellido Segundo apellido Nombres  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad  Sexo: M  F   
CIP \_\_\_\_\_ NUP \_\_\_\_\_ ISSS: \_\_\_\_\_  
Dirección personal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Profesión o actividad laboral: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**B. ANTECEDENTES MEDICO- PREVISIONALES**

PRIMER DICTAMEN:  Fecha:    N°

ORIGEN DE LA INVALIDEZ

Enfermedad común

Enfermedad Profesional

Accidente común

Accidente de Trabajo

TIPO DE PENSIÓN: Parcial  Total  Gran Invalidez

SEGUNDO DICTAMEN: Fecha:    N° \_\_\_\_

TIPO DE PENSIÓN: Parcial  Total  Gran Invalidez

### C. CONDICION DE SALUD DEL SOLICITANTE

Está el trabajador afiliado impedido para asistir personalmente a la entrevista preliminar: Sí  No

Declaro bajo Juramento que los datos contenidos en la presente son expresión fiel de la Verdad, por lo que asumo la responsabilidad correspondiente.

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado solicitante  
o firma a ruego

\_\_\_\_\_  
Firma – sello  
Responsable de la  
Institución Previsional

Huella digital del afiliado solicitante

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

ANEXO III

**SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES  
COMISIÓN CALIFICADORA DE INVALIDEZ  
EL SALVADOR, C.A.**

INP-000001

**SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE  
BENEFICIARIO SOBREVIVIENTE**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Día) (Mes) (Año)

En esta fecha, solicito a la Institución Previsional: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Institución)

Someter a evaluación y calificación de la Comisión Calificadora de Invalidez, mi capacidad de trabajo como beneficiario sobreviviente y dictaminar sobre la misma.

**A. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
Primer apellido Segundo apellido Nombres  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad  Sexo: M  F   
Fecha cuando ocurrió el impedimento físico y/o intelectual:     
CIP: \_\_\_\_\_  
Relación de parentesco con el causante:  
Hijo   
Hija   
Cónyuge   
Padre   
Madre   
Dirección personal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**B. NIVEL EDUCATIVO**

- Analfabeto
- Básica o primaria
- Media o secundaria
- Superior no universitaria
- Universitaria
- Educación Especial

**C. IDENTIFICACION DEL CAUSANTE**

\_\_\_\_\_  
 Primer apellido                      Segundo apellido                      Nombres  
 CIP: \_\_\_\_\_ NUP: \_\_\_\_\_ ISSS: \_\_\_\_\_

**Adjuntar Certificación Original de la Partida de Defunción.**

**D. CONDICION DE SALUD DEL SOLICITANTE**

Está el beneficiario sobreviviente impedido para asistir personalmente a la entrevista preliminar:      Sí       No

Declaro bajo Juramento que los datos contenidos en la presente son expresión fiel de la Verdad, por lo que asumo la responsabilidad correspondiente.

\_\_\_\_\_  
 Firma del solicitante  
 o firma a ruego  


\_\_\_\_\_  
 Firma – sello  
 Responsable de la  
 Institución Previsional

\_\_\_\_\_  
 Huella digital del solicitante

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_