



# **REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE**

**Publicada en la Gaceta Oficial 30130-A  
Edición a abril de 2025**

**Proyecto de Actualización de las Normas Legales y Reglamentarias  
de la Dirección Ejecutiva Nacional Legal de la Caja de Seguro Social**

## INDICE

### **TITULO I DISPOSICIONES GENERALES**

#### **Capítulo I Objeto y glosario**

Artículo 1. Objeto  
Artículo 2. Glosario

#### **Capítulo II De las prestaciones y sus beneficiarios**

Artículo 3. Prestaciones económicas  
Artículo 4. Prestaciones de salud

#### **Sección 1ª De las prestaciones por invalidez**

Artículo 5. Requisitos para la pensión de Invalidez  
Artículo 6. Indemnización por Invalidez  
Artículo 7. Negación de la Pensión de Invalidez  
Artículo 8. Duración de la Pensión de Invalidez  
Artículo 9. Pensión de Invalidez de los dependientes  
Artículo 10. Requisitos para la Pensión de Sobreviviente en el Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte  
Artículo 11. Asignación familiar

#### **Sección 2ª De las prestaciones por incapacidad permanente**

Artículo 12. Requisitos para la Pensión por Incapacidad Permanente  
Artículo 13. Indemnización por Incapacidad Permanente  
Artículo 14. Duración de la Pensión por Incapacidad Permanente  
Artículo 15. Obligaciones de los Pensionados por Incapacidad Permanente  
Artículo 16. Pensiones por Incapacidad Permanente vitalicias  
Artículo 17. Acceso a las prestaciones económicas del Seguro de Riesgos Profesionales Artículo  
18. Pensiones de Sobreviviente en el Seguro de Riesgos Profesionales

#### **Capítulo III De la prestación de los servicios de salud**

Artículo 19. Determinación de la Invalidez y la Incapacidad Permanente  
Artículo 20. Sistema de Servicios de Salud  
Artículo 21. Validez de la Información  
Artículo 22. Garantía de la prestación en salud

## **REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE**

### **TÍTULO II DE LAS COMISIONES MÉDICAS CALIFICADORAS DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE**

#### **Capítulo I De las Comisiones Médicas Calificadoras**

- Artículo 23. Comisiones Médicas Calificadoras
- Artículo 24. Competencia geográfica
- Artículo 25. Principios de los Comisionados
- Artículo 26. Designación de los Comisionados
- Artículo 27. Revocatoria de los Comisionados
- Artículo 28. Asignaciones extraordinarias
- Artículo 29. Ejecución de funciones regulares
- Artículo 30. Incompatibilidad para ser miembro de las Comisiones Médicas Calificadoras
- Artículo 31. Impedimento y recusaciones de los Comisionados
- Artículo 32. Auditoria

#### **Capítulo II Funcionamiento de las Comisiones Médicas Calificadoras**

- Artículo 33. Composición de las Comisiones Médicas Calificadoras
- Artículo 34. Informe estadístico mensual
- Artículo 35. Funciones del Presidente de la Comisión Médica Calificadora
- Artículo 36. Funciones del Secretario de la Comisión Médica Calificadora
- Artículo 37. Funciones de los miembros de la Comisión Médica Calificadora
- Artículo 38. Procedimientos y pericias adicionales para el dictamen
- Artículo 39. Reunión de las Comisiones

#### **Capítulo III Ámbito de las Comisiones Médicas Calificadoras**

- Artículo 40. Ámbito de las Comisiones Médicas Calificadoras
- Artículo 41. Trámite del recurso de reconsideración
- Artículo 42. Trámite del recurso de apelación

#### **Capítulo VI Comisión Asesora Técnica**

- Artículo 43. Comisión Asesora Técnica
- Artículo 44. Funciones de la Comisión Asesora Técnica

#### **Capítulo V De los baremos**

- Artículo 45. Elementos de la calificación
- Artículo 46. Casos excepcionales
- Artículo 47. Aprobación de los baremos
- Artículo 48. Empleo obligatorio de los baremos

## **REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE**

Artículo 49. Revisión de los baremos

### **TÍTULO III DE LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ Y LA INCAPACIDAD PERMANENTE**

#### **Capítulo I Disposiciones generales**

Artículo 50. Obligaciones de los médicos especialistas tratantes o consultados Artículo

51. Trámite de citas

Artículo 52. Trámite de los expedientes

#### **Capítulo II De los requisitos para la calificación de la Invalidez**

Artículo 53. Examen médico preliminar

Artículo 54. Perfil del médico de evaluación inicial integral

Artículo 55. Función del médico de la evaluación inicial integral

Artículo 56. Requisitos para la calificación de la invalidez

#### **Capítulo III De los requisitos para la calificación de la incapacidad permanente**

Artículo 57. Referencia a la Comisión Médica Calificadora

Artículo 58. Requisitos para la calificación de la incapacidad permanente

#### **Capítulo IV De la calificación de la invalidez y la incapacidad permanente**

Artículo 59. Criterio para la calificación integral

Artículo 60. Evaluación presencial del beneficiario

Artículo 61. Evaluación de los médicos consultados o tratantes

Artículo 62. Dictamen

Artículo 63. Contenido del dictamen

Artículo 64. Certificación de la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud

Artículo 65. Perfil y funciones de los designados por la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud

### **TÍTULO IV DISPOSICIONES FINALES**

Artículo 66. Seguimiento a los pensionados

Artículo 67. Indicativo

Artículo 68. Vigencia

## RESOLUCIÓN No.57,186-2024-J.D. de 11 de septiembre de 2024

### REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

#### TITULO I DISPOSICIONES GENERALES

##### Capítulo I Objeto y glosario

**Artículo 1. Objeto.** El presente reglamento desarrolla el proceso mediante el cual la Caja de Seguro Social determina la condición de la invalidez, la incapacidad permanente o la reversibilidad de los estados patológicos de los asegurados o dependientes, a consecuencia de una enfermedad de origen profesional o no profesional y de accidentes de trabajo, como requisito indispensable para que se concedan las prestaciones en salud y económicas con cargo al Riesgo de Enfermedad y Maternidad, al Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte y al Seguro de Riesgos Profesionales.

**Artículo 2. Glosario.** Para efectos de la aplicación del presente reglamento, se adoptan las siguientes definiciones:

1. **Actividad:** Realización o desarrollo de una acción o conjunto de acciones por parte de una persona o una institución de manera cotidiana.
2. **Actividades de la vida diaria (AVD):** Son aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno laboral habitual y cumpliendo su rol social.
3. **Autonomía:** Es la capacidad de efectuar las actividades cotidianas de la vida diaria de manera independiente, sin ayuda o supervisión de terceros.
4. **Asegurado:** Persona afiliada conforme a los requisitos establecidos en las disposiciones vigentes y protegida por el sistema, generándole el derecho a alguna o a todas las prestaciones otorgadas en virtud de la Ley 51 de 2005 y el Decreto de Gabinete No.68 de 1970.
5. **Baremo:** Herramienta que consiste en un listado de lesiones o secuelas a las que se le asigna un valor que representa una pérdida anatómica o funcional, que es empleada para la valoración del daño corporal, mental y social, así como para otorgar prestaciones económicas y/o en salud.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

6. **Beneficiario:** Persona que tenga derecho a alguna prestación por la Caja de Seguro Social, por la ocurrencia de alguno de los riesgos cubiertos por la Ley 51 de 2005 y el Decreto de Gabinete No.68 de 1970.
7. **Calificación:** Valoración realizada por la Comisión Médica Calificadora en la que se determina el porcentaje de pérdida de la capacidad de trabajo o actividades de la vida diaria, luego de haber sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional o no profesional.
8. **Cantidad de cuotas:** Son las cuotas necesarias para acceder a la prestación económica de que se trate.
9. **Capacidad:** Conjunto de recursos y aptitudes con que cuenta una persona para desempeñar o llevar a cabo cualquier actividad.
10. **Capacidad de trabajo:** Conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y potencialidades de orden físico, mental y social, que permiten a una persona asumir las exigencias de un puesto de trabajo.
11. **Comisión Médica Calificadora (CMC):** Organismo colegiado de índole médico encargado de determinar la condición de invalidez, incapacidad permanente o reversibilidad de los estados patológicos de un asegurado o dependiente.
12. **Concausa:** Situaciones que se presentan cuando el trabajo no ha sido normalmente la causa primaria del proceso de la enfermedad, ya que existen o se presentan otras que inciden en la salud del asegurado.
13. **Conflicto de interés:** es el interés que mantiene la persona natural que ejerce la función pública de determinar la invalidez o la incapacidad permanente, que puede interferir, ser contraria o adversa al ejercicio de sus competencias.
14. **Daño corporal:** Cualquier alteración somática o psíquica que, de una forma u otra, perturbe la salud de quien la sufre.
15. **Deficiencia:** Afectación de las funciones fisiológicas y las estructuras corporales de una persona, que consiste en pérdida, defecto, anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Esta deficiencia puede ser temporal o permanente.
16. **Densidad de cuotas.** Es el cociente que expresa el resultado de dividir el número de cuotas pagadas en un período determinado, entre el número de meses comprendido en el mismo período.
17. **Dependiente:** Persona que dependa económicamente del cotizante dentro de los límites establecidos en la Ley 51 de 2005 y el Decreto de Gabinete No.68 de 1970.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

18. **Diagnóstico principal:** Proceso patológico que se considera como la causa o razón que conlleva al deterioro de su condición de salud o la limitación de la capacidad funcional y laboral del individuo y sirve de base para la declaración de un estado incapacitante u otorgamiento de una prestación económica.
19. **Dictamen:** Concepto experto que se emite después de evaluar las lesiones o enfermedades con relación a la actividad laboral y/o las actividades de la vida diaria de un asegurado o dependiente, que determina el porcentaje de invalidez o incapacidad permanente.
20. **Discapacidad:** Cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.
21. **Desventaja social:** Grupos de la población que, por su condición de edad, sexo, estado civil, origen étnico, escolaridad, pérdida de capacidad de ganancia, menor competitividad laboral, se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar y de trabajo.
22. **Enemistad manifiesta:** Aversión u odio notorio o comprobable entre dos personas, que hace perder la imparcialidad subjetiva.
23. **Fecha de inicio del estado invalidante o de la incapacidad permanente:** Fecha a partir de la cual una persona es considerada inválida por la Comisión Médica Calificadora.
24. **Factores contextuales:** Incluyen los factores ambientales y los factores personales que pueden tener un efecto en la condición de salud de las personas.
25. **Incapacidad permanente parcial:** Es la producida por alteraciones incurables o de duración no previsible, que disminuya la capacidad de trabajo del asegurado, sin que produzcan incapacidad permanente absoluta.
26. **Incapacidad permanente absoluta:** Es la producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables, o de duración no previsible, que impidan al asegurado desempeñar cualquier clase de trabajo remunerado.
27. **Indemnización:** Prestación económica de pago único que se reconoce cuando el asegurado o el dependiente no cumple con los requisitos, señalados por la Ley 51 de 2005 o el Decreto de Gabinete No.68 de 1970, para el otorgamiento de una pensión.
28. **Invalidez:** Pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica que genera merma o disminución en la capacidad de realizar una actividad laboral o de la vida cotidiana.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

29. **Médico evaluador inicial:** Médico que evalúa integralmente al asegurado o dependiente para determinar patologías o sistemas comprometidos que incidan en la posibilidad del establecimiento de una invalidez o incapacidad permanente.
30. **Mejoría médica máxima:** Momento en el que la condición patológica del asegurado o dependiente se estabiliza sustancialmente, alcanzando una meseta y es poco probable que se presente mejoría funcional.
31. **Pensión de sobreviviente:** Prestación económica de largo plazo, que se concede a los sobrevivientes del causante o de la causante a la muerte del asegurado.
32. **Pensión por incapacidad permanente:** Prestación económica de largo plazo, que se concede al trabajador cuando la disminución de la capacidad para desempeñar labores remuneradas es igual o superior al treinta y seis por ciento (36%), según dictamen de la Comisión Médica Calificadora.
33. **Pensión por invalidez:** Prestación económica de largo plazo, que se concede al trabajador por la pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica que genera merma de dos tercios de la capacidad de laborar. En el caso del trabajador manual bananero, requiere una merma de un tercio de la capacidad laboral.
34. **Prestación en salud:** Consiste en la atención integral que incluye atención ambulatoria, hospitalaria, quirúrgica, odontológica, farmacéutica y otros servicios de diagnóstico y tratamiento, que serán brindados por equipos multidisciplinarios.
35. **Prestación económica:** Consiste en el pago de una indemnización o una pensión a los asegurados que sufran una enfermedad de origen profesional o no o un accidente de trabajo. También es la pensión que se paga a los sobrevivientes del causante, cuando la muerte del asegurado es de origen profesional o no.
36. **Pérdida anatómica:** Es la cuantificación de la falta o ausencia de una estructura u órgano del cuerpo.
37. **Secuela:** Cualquier alteración importante en la estructura corporal o en la función psíquica u orgánica, que persiste o va más allá de la reparación biológica primaria.
38. **Trabajador manual bananero:** Es el que presta servicios a las empresas bananeras y a los productores independientes del banano, al momento de la promulgación de la Ley 45 del 16 de junio del 2017 o que posteriormente ingresen a dicha actividad bananera y realicen faenas agrícolas, que desarrollan labores de alto riesgo para su salud, específicamente de siembra, limpieza, mantenimiento, cosecha y empaque del banano.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

**39. Valoración médica del daño corporal:** Consiste en la cuantificación de daños y de las secuelas provenientes de afectaciones a la integridad física, funcional o psíquica del asegurado o dependiente.

### **Capítulo II** **De las prestaciones y sus beneficiarios**

**Artículo 3. Prestaciones económicas.** Las prestaciones en dinero que se conceden a los asegurados o a sus dependientes, previo cumplimiento de los requisitos señalados en la Ley 51 de 2005 y en el Decreto de Gabinete No.68 de 1970 y la calificación de la invalidez o la incapacidad permanente por parte de la Comisión Médica Calificadora, son las siguientes:

1. Pensión por invalidez o indemnización por invalidez, con cargo al Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte dispuesta en la Ley 51 de 2005.
2. Asignación familiar por el cónyuge inválido de la pensionada por vejez o por invalidez y por los hijos inválidos de cualquier edad, siempre que el beneficiario de esta prestación haya alcanzado la edad de referencia para una pensión de vejez, con cargo al Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte contemplada en la Ley 51 de 2005.
3. Pensión por incapacidad permanente parcial, pensión por incapacidad permanente absoluta o indemnización por incapacidad permanente, con cargo al Seguro de Riesgos Profesionales regulado en el Decreto de Gabinete No.68 de 1970.
4. Pensión de sobreviviente a los dependientes con derecho, con cargo al Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte o al Seguro de Riesgos Profesionales, dispuesta en la Ley 51 de 2005 o en el Decreto de Gabinete No.68 de 1970, dependiendo de la naturaleza, profesional o no profesional, que origina el fallecimiento del causante o la causante.

**Artículo 4. Prestaciones en salud.** Las prestaciones en especie que se conceden a los asegurados o a sus dependientes, previo cumplimiento de los requisitos señalados en la Ley 51 de 2005 y en el Decreto de Gabinete No.68 de 1970 y la calificación de la invalidez o la incapacidad permanente por parte de la Comisión Médica, son las siguientes:

1. Atención integral a los pensionados por invalidez o por incapacidad permanente, de acuerdo a lo regulado en la Ley 51 de 2005 y el Decreto de Gabinete No.68 de 1970.
2. Atención integral a los hijos inválidos mayores de dieciocho (18) años, cuya invalidez haya iniciado antes de esa edad, mientras dure la invalidez, conforme lo dispuesto en la Ley 51 de 2005.
3. Atención integral a los hijos que se invaliden después de los dieciocho (18) años que no hayan pagado ninguna cuota como trabajadores antes de su inscripción como dependientes inválidos, salvo que se trate de trabajos que, según disposiciones legales o programas especiales, se otorgan a personas con discapacidad, según lo dispuesto en la Ley 51 de 2005.
4. Atención integral a los padres mayores de sesenta (60) años y las madres mayores de cincuenta (50) años, que dependan económicamente del asegurado, o que se encuentren incapacitados para trabajar, conforme lo dispuesto en la Ley 51 de 2005.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

5. Atención integral a los pensionados sobrevivientes con cargo a la Ley 51 de 2005 y al Decreto de Gabinete No.68 de 1970, mientras gocen de la pensión y mantengan la condición de inválidos, salvo que se trate de pensiones vitalicias.

Para los numerales 2, 3 y 4 será necesario que el asegurado haya inscrito previamente a los dependientes y que mantenga la condición de cotizante.

### **Sección 1ª De las prestaciones por invalidez**

**Artículo 5. Requisitos para la Pensión de Invalidez.** Para acceder a la pensión de invalidez del Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte, los asegurados deben cumplir con la cantidad de cuotas y densidad de cuotas, según la edad, establecidos en el artículo 159 de la Ley 51 de 2005, además de la calificación de dos tercios (2/3) o sesenta y seis punto siete por ciento (66.7%) de merma de su capacidad laboral.

Los trabajadores manuales bananeros, además de la cantidad de cuotas y densidad de cuotas, según la edad, establecidos en el artículo 159 de la Ley 51 de 2005, requerirán de la calificación de un tercio (1/3) o treinta y tres punto tres por ciento (33.3%) de merma de su capacidad laboral.

**Artículo 6. Indemnización por Invalidez.** En los casos que el asegurado sea calificado como inválido, pero no cuente con la cantidad de cuotas y densidad de cuotas, según la edad, se le otorgará una indemnización en sustitución de la pensión de invalidez, siempre que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 165 de la Ley 51 de 2005.

**Artículo 7. Negación de la Pensión de Invalidez y la Indemnización por Invalidez.** La solicitud de los asegurados que no cumplan con el requisito de las cuotas y densidad de cuotas, según la edad, para la pensión de invalidez y la indemnización de invalidez será rechazada de plano. La decisión adoptada será recurrible, a través de los recursos establecidos en la Ley 38 de 2000, de procedimiento administrativo general.

**Artículo 8. Duración de la Pensión de Invalidez.** La pensión de invalidez se otorgará inicialmente con carácter provisional por un periodo hasta de dos (2) años. Si subsiste la invalidez después de transcurrido el periodo de vigencia provisional, la pensión se concederá con carácter definitivo.

En ambos casos, la Caja de Seguro Social podrá ordenar, en cualquier tiempo, la revisión de la invalidez, de oficio o a petición del interesado, para determinar si se ha producido reducción o aumento en el estado de invalidez, sin embargo, será vitalicia de forma automática a partir de los cincuenta y siete (57) años para la pensionada por invalidez y sesenta y dos (62) años el pensionado por invalidez, en cuyo caso los pensionados no estarán en la obligación de someterse a revisión de la incapacidad.

**Artículo 9. Pensión de sobreviviente por Invalidez de los dependientes.** Los dependientes inválidos que tienen derecho a gozar de la pensión de sobreviviente en el Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte, son los siguientes:

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

1. El viudo inválido o la viuda inválida.
2. Los hijos e hijas inválidos menores de dieciocho (18) años o mientras dure la invalidez.
3. Los hijos e hijas que se hayan invalidado después de los dieciocho (18) años, siempre que hayan sido inscritos como dependientes ante la Caja de Seguro Social por cualquiera de sus dos padres, antes de su fallecimiento.
4. El padre incapacitado para trabajar, que hubiere vivido a cargo del causante o la causante, a falta de viuda o viudo, de hijos o hijas con derecho y a falta de madre del causante o de la causante.

**Artículo 10. Requisitos para la Pensión de Sobreviviente en el Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte.** Para acceder a la pensión de sobreviviente en el Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte, además de la determinación de la invalidez, es necesario que el causante o la causante cumplan con uno de los requisitos siguientes:

1. A la fecha del fallecimiento, el causante o la causante registre en su cuenta individual un mínimo de treinta y seis (36) cuotas mensuales, de las que por lo menos dieciocho (18) cuotas deben haber sido aportadas en los tres (3) años anteriores al fallecimiento.
2. A la fecha del fallecimiento, el causante o la causante hubiera reunido el número de cuotas de referencia exigidas para tener derecho a Pensión de Retiro por Vejez, independientemente de la edad que hubiera alcanzado.
3. Al fallecimiento, el causante o la causante goce de una pensión por invalidez, que no se origine en un Riesgo Profesional o goce de una pensión por vejez.

**Artículo 11. Asignación familiar.** Los pensionados por invalidez que hayan alcanzado o superado la edad de referencia para la Pensión de Vejez Normal, tienen derecho a gozar de la asignación familiar que se concede con cargo al Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte de la Ley 51 de 2005, cuando el cónyuge de la beneficiaria de la pensión es inválido y en los casos de hijos o hijas inválidos, de cualquier edad, siempre que dependan económicamente del beneficiario.

### **Sección 2ª De las prestaciones por incapacidad permanente**

**Artículo 12. Requisitos para la Pensión por Incapacidad Permanente.** Para acceder a la pensión por incapacidad permanente parcial o la pensión por incapacidad permanente absoluta, señaladas en el Decreto de Gabinete No.68 de 1970, la calificación de la disminución de la capacidad para desempeñar labores remuneradas debe ser igual o superior al treinta y seis por ciento (36%).

El asegurado que sea calificado con una disminución igual o superior al treinta y seis por ciento (36%) de la capacidad laboral, tendrá derecho a una pensión por incapacidad permanente parcial. Mientras que el trabajador que sea calificado con una disminución igual o superior al sesenta y seis punto siete por ciento (66.7%) de la capacidad laboral, tendrá derecho a una pensión por incapacidad permanente absoluta.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

**Artículo 13. Indemnización por Incapacidad Permanente.** En los casos que el asegurado sea calificado con una incapacidad permanente parcial igual o inferior al treinta y cinco por ciento (35%) de la capacidad laboral, tendrá derecho a una indemnización en sustitución de la pensión por incapacidad permanente del Seguro de Riesgo Profesional.

**Artículo 14. Duración de la Pensión por Incapacidad Permanente.** Las pensiones por incapacidad permanente parcial o por incapacidad permanente absoluta se concederán inicialmente con carácter provisional por el periodo de dos (2) años, a partir de la calificación de la Comisión Médica Calificadora.

Si después de transcurrido tal período subsiste la incapacidad, la pensión tendrá carácter definitiva, sin embargo, la Caja de Seguro Social podrá revisar la incapacidad cuando lo juzgue necesario, a fin de determinar si han cambiado las condiciones esenciales de la incapacidad.

**Artículo 15. Obligaciones de los Pensionados por Incapacidad Permanente.** Los pensionados por incapacidad permanente parcial o por incapacidad permanente absoluta están obligados a sujetarse a los tratamientos, evaluaciones y seguimiento que determine la Caja de Seguro Social.

La inobservancia de esta disposición causará la suspensión del tratamiento, el goce de la pensión o del trámite para el otorgamiento de la misma, según el caso.

El pago de la pensión, así como el trámite de la misma, se reanudará desde la fecha en que el trabajador modifique su conducta, sin que haya lugar a reintegro por el tiempo que comprenda la suspensión.

**Artículo 16. Pensiones por Incapacidad Permanente vitalicias.** Las pensiones por incapacidad permanente parcial o por incapacidad permanente absoluta serán vitalicias a los cincuenta y cinco (55) años la mujer y sesenta (60) años el hombre, por lo que en lo subsiguiente los pensionados no tendrán la obligación de someterse a revisión para determinar si han cambiado las condiciones esenciales de la incapacidad.

**Artículo 17. Acceso a las prestaciones económicas del Seguro de Riesgos Profesionales.** Para acceder a las prestaciones económicas del Seguro de Riesgo Profesional, el asegurado no requiere cumplir con una cantidad de cuotas ni densidad de cuotas, solo con la calificación de la disminución de la capacidad para desempeñar labores remuneradas.

**Artículo 18. Pensiones de Sobreviviente en el Seguro de Riesgo Profesional.** Los dependientes inválidos que tienen derecho a gozar de la pensión de sobreviviente en el Seguro de Riesgo Profesional son los siguientes:

1. El viudo inválido o la viuda inválida.
2. Los hijos e hijas inválidos menores de dieciocho años o mientras dure la invalidez.
3. El padre inválido.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

4. Los hermanos y hermanas inválidos, en el caso que dependieran económicamente del causante o la causante.
5. Cada uno de los ascendientes y de los colaterales hasta el tercer grado, incapacitados, que estuvieren dependiendo económicamente del causante o la causante.

En materia de Riesgo Profesional, los asegurados solo requieren cumplir con la calificación de la invalidez.

### Capítulo III De la prestación de los servicios de salud

**Artículo 19.** Determinación de la Invalidez y la Incapacidad Permanente. La determinación de las enfermedades profesionales o no profesionales y los accidentes de trabajo, que originen la invalidez y la incapacidad permanente de los asegurados y los dependientes, la realizará el personal idóneo de la Caja de Seguro Social.

**Artículo 20.** Sistema de Servicios de salud. La prestación de los servicios de salud necesaria para la determinación de la invalidez y la incapacidad permanente, se ofrecerá en la red de servicios de salud de la Caja de Seguro Social, en los establecimientos del sector salud del Estado con los que haya establecido convenios o en aquellas instituciones u organizaciones de salud no gubernamentales, con la que la Caja de Seguro Social hubiere convenido o contratado para tal fin, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 70 y 136 numeral 1 de la Ley 51 de 2005 y el Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud.

**Artículo 21.** Validez de la información. Los informes médicos que aporten los beneficiarios que provengan de la atención de salud en entidades de salud públicas, privadas o del exterior del país, ajenas a la red de servicios de la Caja de Seguro Social, serán válidos para la determinación de la invalidez y la incapacidad permanente por parte de la Comisión Médico Calificadora, siempre que cumplan con los requisitos médicos legales.

Los documentos que provengan del extranjero deberán cumplir con la autenticación o legalización correspondiente.

**Artículo 22.** Garantía de la prestación en salud. La Caja de Seguro Social contará con los servicios médicos, de profesionales y técnicos, servicios intermedios y de apoyo, para tal efecto brindará a los beneficiarios todas las facilidades para lograr la prestación eficiente de los servicios de salud.

## TÍTULO II DE LAS COMISIONES MÉDICAS CALIFICADORAS DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

### Capítulo I De las Comisiones Médicas Calificadoras

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

**Artículo 23. Comisiones Médicas Calificadoras.** La calificación de la invalidez, de la incapacidad permanente o la reversibilidad de los estados patológicos será efectuada por un órgano colegiado denominado Comisión Médica Calificadora, que estará conformado por cinco (5) profesionales idóneos de la medicina, de I o II categoría.

Los médicos que conformen la Comisión Médica Calificadora deben contar con experiencia en las patologías que generen mayor invalidez e incapacidad permanente.

**Artículo 24. Competencia geográfica.** Las Comisiones Médicas Calificadoras deben ser constituidas a nivel nacional o provincial, para garantizar una cobertura de conformidad con la demanda del servicio.

**Artículo 25. Principios de los Comisionados.** La actuación de los profesionales que integran la Comisión Médica Calificadora se rige por los principios de responsabilidad, buena fe, debido proceso, eficiencia, eficacia, celeridad, imparcialidad, integralidad, unidad y ética profesional.

**Artículo 26. Designación de los Comisionados.** Los miembros de las Comisiones Médicas Calificadoras de la Invalidez e Incapacidad permanente serán designados de forma escalonada, por un período de cinco (5) años, por el Director General a recomendación de la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud.

Para asegurar la designación sucesiva de los miembros de las Comisiones Médicas Calificadoras, administrativamente se verificará que los periodos venzan en fechas distintas.

Al vencimiento del periodo de la designación el funcionario retornará a sus funciones previas.

**Artículo 27. Revocatoria de los Comisionados.** El Director General podrá revocar la designación por las siguientes razones:

1. A solicitud de la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, por el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente reglamento.
2. Por violaciones al Reglamento Interno de Personal o a la ética profesional, negligencia en el desempeño profesional e incompetencia manifiesta en el ejercicio de sus facultades debidamente comprobadas, previa investigación de la Dirección Ejecutiva Nacional de Recursos Humanos y la Junta Asesora Técnica de la Salud, respectivamente.

**Artículo 28. Asignaciones extraordinarias.** El Director General podrá ordenar la realización de funciones adicionales a las Comisiones Médicas Calificadoras, vinculadas al ámbito de su experticia, ante situaciones particulares o extraordinarias que así lo requiera la Caja de Seguro Social.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

**Artículo 29.** Ejecución de funciones regulares. Los médicos designados quedarán dispensados de la realización de sus labores de atención directa de pacientes, durante los días contemplados en la designación, salvo en aquellos casos que requieran su presencia por razones de extrema urgencia.

**Artículo 30.** Incompatibilidad para ser miembro de las Comisiones Médicas Calificadoras. No podrán integrar las Comisiones Médicas Calificadoras, los profesionales que estén a cargo de Direcciones o Subdirecciones Médicas locales, regionales, nacionales, institucionales, de hospitales o policlínicas, jefaturas de servicios médicos, de consulta externa o de cualquiera otra comisión establecida por la Dirección General o la Junta Directiva.

**Artículo 31.** Impedimento y recusaciones de los Comisionados. El o los Comisionados quedarán impedidos para participar en la discusión y decisión del caso, en las siguientes situaciones:

1. Cuando el beneficiario de la prestación de que se trate sea paciente o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
2. Por enemistad manifiesta.
3. Por conflicto de interés.

El Comisionado comunicará por escrito su impedimento al pleno de la Comisión.

El beneficiario podrá recusar a los Comisionados por las condiciones antes señaladas, aportando los elementos de valor en los que se funda su solicitud, la que será atendida y comunicada al solicitante, por la Dirección Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, dentro de los treinta (30) días calendarios.

**Artículo 32.** Auditoría. Las Comisiones Médicas Calificadoras serán auditadas por personal idóneo de auditoría, baremología y valoración del daño corporal de la Dirección Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, con relación al cumplimiento de las competencias señaladas en este reglamento y la aplicación de baremologías y demás normas que regulan la materia.

El resultado de la auditoría y la consecuente recomendación serán presentados por la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud a la Dirección General para que tome las medidas pertinentes.

### Capítulo II Funcionamiento de las Comisiones Médicas Calificadoras

**Artículo 33.** Composición de las Comisiones Médicas Calificadoras. Cada Comisión contará con un Presidente y un Secretario escogido entre sus miembros, lo que será comunicado a la Dirección Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional. Ambos serán responsables del trámite oportuno de los documentos de dicho organismo, asignación de los expedientes a los Comisionados, celebración de reuniones y demás gestiones requeridas.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

Ante la ausencia temporal del Presidente será reemplazado por el Secretario y se designará un Secretario temporal entre sus miembros.

**Artículo 34. Informe estadístico mensual.** El Presidente de cada Comisión será responsable de la elaboración del informe estadístico mensual, de las sesiones realizadas, los casos evaluados, su resultado, los casos pendientes y cualquier otro dato pertinente.

El informe será enviado a la Dirección Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, quien será responsable de consolidar la información con fines estadísticos.

**Artículo 35. Funciones del Presidente de la Comisión Médica Calificadora.** Las funciones del Presidente de la Comisión Médica Calificadora son las siguientes:

1. Presidir las reuniones ordinarias y extraordinarias.
2. Elaborar el plan de educación, capacitación y formación de los Comisionados y los que participan en el proceso.
3. Preparar en conjunto con el Secretario de la Comisión el calendario de reuniones, la agenda y sus modificaciones.
4. Elaborar en conjunto con el Secretario todos los informes que debe generar la Comisión.
5. Firmar las solicitudes de evaluación necesarias para que la Comisión cuente con la información pertinente para emitir el dictamen correspondiente en cada caso.
6. Remitir a la Comisión de Prestaciones o a la Junta Directiva los casos evaluados, según corresponda.
7. Realizar y firmar las evaluaciones de desempeño de todos los integrantes de la Comisión.
8. Ser el representante de la Comisión.
9. Atender las asignaciones extraordinarias.
10. Supervisar el trabajo de la Comisión, de sus miembros y personal administrativo correspondiente.
11. Presentar un informe anual de su gestión a la Dirección Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional.
12. Velar por los pedidos de los insumos necesarios para el funcionamiento de la Comisión.
13. Cumplir y hacer cumplir el presente reglamento.

**Artículo 36. Funciones del Secretario de la Comisión Médica Calificadora.** Las funciones del Secretario de la Comisión Médica Calificadora son las siguientes:

1. Elaborar y firmar el acta de cada reunión de la Comisión.
2. Mantener en orden los expedientes que recibe la Comisión, así como los que se remiten a la Comisión de Prestaciones o a la Junta Directiva.
3. Archivar debidamente los expedientes que tramita la Comisión.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

4. Preparar con el Presidente de la Comisión, la agenda de casos a ser atendidos en cada reunión.
5. Mantener un registro estadístico de los casos atendidos en cada reunión.
6. Elaborar con el Presidente de la Comisión el calendario de reuniones de la Comisión.
7. Preparar y firmar con el Presidente de la Comisión, el dictamen a remitir a la Comisión de Prestaciones o a la Junta Directiva, según corresponda.
8. Solicitar los recursos necesarios para realizar las actividades.
9. Distribuir los expedientes clínicos de los casos a evaluar a cada miembro de la Comisión, para la elaboración de su ponencia.

**Artículo 37.** Funciones de los miembros de la Comisión Médica Calificadora. Las funciones de los miembros de la Comisión Médica Calificadora son las siguientes:

1. Asistir puntualmente a las sesiones.
2. Participar como comisionado ponente en la evaluación y aplicación de los baremos de cada caso que se le asigne.
3. Participar en las tareas y actividades que propicien el adecuado funcionamiento de la Comisión.
4. Firmar el dictamen de cada caso.
5. Cualquiera otra función que se le asigne y que tenga relación con su condición de miembro de la Comisión.

**Artículo 38.** Procedimientos y pericias adicionales para el dictamen. La Comisión en pleno determinará la necesidad de solicitar el criterio de un servicio médico especializado. La solicitud deberá ser atendida a la mayor brevedad posible. Igualmente, podrá solicitar la realización de los exámenes o la práctica de pericias, evaluaciones de puestos de trabajo, laboratorios o procedimientos que juzgue pertinentes o reunir antecedentes, para emitir un dictamen completo sobre el diagnóstico y la condición del paciente.

**Artículo 39.** Reunión de las Comisiones. Las reuniones de las Comisiones Médicas Calificadoras se realizarán en días hábiles en función de la demanda de casos, con la participación de un mínimo de tres (3) miembros y con un máximo de doce (12) casos por sesión.

Para cada sesión se elaborará una agenda de los casos que serán evaluados y que han sido debidamente notificados de la fecha de su valoración, por los servicios de Trabajo Social y la Secretaria de la Comisión. Culminada la sesión se elaborará un acta.

### Capítulo III Ámbito de las Comisiones Médicas Calificadoras

**Artículo 40.** Ámbito de las Comisiones Médicas Calificadoras. Las Comisiones Médicas Calificadoras desempeñarán sus funciones según la etapa en la que se encuentre el proceso administrativo, a saber:

1. **Comisiones Médicas Calificadoras de Primera Instancia.** Son los organismos colegiados encargados de evaluar y dictaminar sobre el estado de invalidez e

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

incapacidad permanente o reversibilidad del estado patológico, en los procesos que se originan a solicitud del beneficiario, de oficio, por la interposición del recurso de reconsideración, las provisionales y las revisiones a petición de la parte interesada.

2. **Comisión Médica Calificadora de Segunda Instancia.** Es el organismo colegiado encargo de evaluar y dictaminar sobre el estado de invalidez e incapacidad permanente o reversibilidad del estado patológico, por la presentación del recurso de apelación que se interponga ante la Junta Directiva.
3. **Comisión Médica Calificadora Revisora.** Es el organismo colegiado encargado de evaluar y dictaminar oficiosamente sobre el estado de invalidez e incapacidad permanente o reversibilidad del estado patológico, de los casos de pensiones definitivas de invalidez y de la incapacidad permanente otorgada por la Caja de Seguro Social.

**Artículo 41. Trámite del recurso de reconsideración.** Cuando el beneficiario interponga recurso de reconsideración, la Comisión de Prestaciones decidirá sobre la pertinencia de solicitar la reevaluación del caso por parte de la Comisión Médica Calificadora de primera instancia, en cuyo caso ésta solicitará, de ser necesario, la(s) consulta(s) a los servicios médicos especializados, vinculados a las pretensiones del recurrente.

**Artículo 42. Trámite del recurso de apelación.** En el caso que se presente el recurso de apelación, una vez debidamente admitido por la autoridad de primera instancia, le corresponderá a la Comisión Asesora Técnica de la Junta Directiva, decidir sobre la pertinencia de solicitar la evaluación a la Comisión Médica Calificadora de Segunda Instancia, la que determinará la necesidad de solicitar las consultas a los servicios médicos especializados, vinculados a las pretensiones del recurrente.

### Capítulo IV Comisión Asesora Técnica

**Artículo 43. Comisión Asesora Técnica.** La Comisión Asesora Técnica es un órgano colegiado, adscrito a la Junta Directiva, compuesto por un Médico, un Abogado y un Trabajador Social de Salud Ocupacional.

El Médico, con especialidad en medicina del trabajo y el Trabajador Social de Salud Ocupacional, serán designados por un período de cinco (5) años, por el Director General a recomendación de la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud. El Abogado será designado por el pleno de la Junta Directiva.

Le corresponderá a la Dirección Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional y al pleno de la Junta Directiva, respectivamente, designar el suplente del Trabajador Social de Salud Ocupacional y el Abogado, ante las ausencias temporales.

**Artículo 44. Funciones de la Comisión Asesora Técnica.** La Comisión Asesora Técnica tiene las siguientes funciones:

1. Evaluar los recursos de apelación en materia de invalidez e incapacidad permanente.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

2. Solicitar a la Comisión Médica Calificadora de Segunda Instancia la evaluación de las pretensiones del recurrente, vinculadas a la invalidez o a la incapacidad permanente.
3. Solicitar aclaraciones o correcciones del dictamen de la Comisión Médica Calificadora de Segunda Instancia.
4. Sustentar ante la Comisión de Prestaciones Económicas de la Junta Directiva el dictamen emitido por la Comisión Médica Calificadora de Segunda Instancia.
5. Elaborar el proyecto de resolución para resolver el recurso de apelación.

### Capítulo V De los baremos

**Artículo 45. Elementos de la calificación.** La calificación de la invalidez e incapacidad permanente se basará en elementos contenidos en los Baremos para la Calificación de la Invalidez y la Incapacidad Permanente, a saber:

1. La deficiencia.
2. La discapacidad para el trabajo y la vida diaria.
3. La desventaja social.

**Artículo 46. Casos excepcionales.** Cuando la patología no esté contenida en los Baremos para la Calificación de la Invalidez y la Incapacidad Permanente de la Caja de Seguro Social, la Comisión Médica Calificadora podrá hacer uso de baremos internacionales que contemplen situaciones análogas. Para ello se procederá a detallar la situación encontrada y la analogía aplicada.

De no existir un baremo internacional aplicable al caso en particular, la Comisión Médica Calificadora empleará los criterios clínicos, analizando detalladamente las consecuencias que las secuelas generan en las actividades laborales y de la vida diaria.

**Artículo 47. Aprobación de los baremos.** La Dirección Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional someterá a consideración y aprobación de la Dirección General, los Baremos para la Calificación de la Invalidez y la Incapacidad Permanente, documento que previamente será puesto de conocimiento de la Junta Directiva, de acuerdo con lo establecido en el artículo 22, numeral 1 de la Ley 51 de 2005.

**Artículo 48. Empleo obligatorio de los baremos.** Para la calificación de la invalidez y la incapacidad permanente, las Comisiones Médicas Calificadoras aplicarán obligatoriamente la metodología desarrollada en este reglamento y los baremos aprobados por la Dirección General, salvo los casos excepcionales descritos en el presente reglamento.

Los dictámenes emitidos al margen de la presente reglamentación carecerán de valor, por lo que la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud no los certificará.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

**Artículo 49. Revisión de los baremos.** Los baremos deberán mantenerse actualizados y se debe prever su revisión periódica, por parte de la Dirección Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, mediante la incorporación de los cambios que sean necesarios a medida que se produzcan modificaciones en los factores que determinan la evolución y el pronóstico de las lesiones: los avances del conocimiento científico, la incorporación de nuevos estudios diagnósticos, las mejoras en los procedimientos médicos, quirúrgicos, rehabilitación y otros.

Esta revisión y actualización se deberá realizar al menos cada cinco (5) años.

### TÍTULO III DE LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ Y LA INCAPACIDAD PERMANENTE

#### Capítulo I Disposiciones generales

**Artículo 50. Obligaciones de los médicos especialistas tratantes o consultados.** El médico tratante del beneficiario o el(los) médico(s) especialista(s) a los que sea referido, rendirán un informe que detalle su evaluación, acorde a su especialidad y según el(los) requerimiento(s) de la Comisión Médica Calificadora.

**Artículo 51. Trámite de citas.** Las citas con la Comisión Médica Calificadora serán tramitadas y comunicadas al beneficiario por el Departamento de Trabajo Social, previa verificación de los requisitos.

Las citas con los servicios especializados que sean requeridos también serán tramitadas por el Departamento de Trabajo Social.

En ambos casos se procurará un trámite inmediato, facilitándose la consulta o reconsulta urgente y necesaria.

**Artículo 52. Trámite de los expedientes.** El Secretario de la Comisión Médica Calificadora es el responsable de solicitar, recibir en físico o consultar digitalmente los expedientes clínicos del beneficiario solicitante a las unidades ejecutoras correspondientes. Los documentos físicos serán mantenidos en la sede de la Comisión hasta la fecha de evaluación y remisión posterior a la Comisión de Prestaciones o la Junta Directiva, según la instancia en la que se encuentre el trámite del caso.

Los beneficiarios podrán aportar los documentos que consideren pertinentes.

#### Capítulo II De los requisitos para la calificación de la invalidez

**Artículo 53. Examen médico preliminar.** Cuando el beneficiario cumpla con los requisitos de cuota y densidad de cuotas, según la edad, para la pensión de invalidez, el Departamento de Trabajo Social gestionará la evaluación a realizar por el médico inicial

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

integral de la Caja de Seguro Social, a efectos que sea remitido a la calificación de la Comisión Médica Calificadora.

**Artículo 54.** Perfil del médico de evaluación inicial integral. El médico de la evaluación inicial integral deberá ser médico idóneo de primera o segunda categoría y contar con entrenamiento en valoración del daño corporal.

**Artículo 55.** Función del médico de la evaluación inicial integral. La función del médico de evaluación inicial integral será evaluar integralmente al beneficiario, con el objeto de determinar patologías y sistemas comprometidos y que incidan en la posibilidad del establecimiento de una incapacidad física o mental o limitaciones en la participación social y su compatibilidad con el perfil del puesto de trabajo usual o actividades de la vida diaria.

**Artículo 56.** Requisitos para la calificación de la invalidez. Los requisitos para que la Comisión Médica Calificadora proceda a la evaluación del beneficiario son los siguientes:

1. La solicitud del beneficiario.
2. El informe del médico evaluador inicial integral.
3. Las referencias del médico de Medicina del Trabajo y del médico especialista del área anatómica o funcional afectada, en los casos que aplique.
4. El Informe de Trabajo Social Ocupacional, de Terapia Ocupacional y del Psicólogo de Salud y Seguridad Ocupacional.
5. Cualquier otra información clínica que sea necesaria.

Esta información debe ser suministrada por el Departamento de Trabajo Social y se conformará un cuadernillo que reposará en la Comisión Médica Calificadora.

### **Capítulo III De los requisitos para la calificación de la incapacidad permanente**

**Artículo 57.** Referencia a la Comisión Médica Calificadora. Cuando el médico de Medicina del Trabajo determine que no proceda continuar con el tratamiento curativo o cuando los procedimientos y técnicas de rehabilitación profesional no hayan logrado la reinserción laboral, el trabajador será enviado a la Comisión Médica Calificadora.

**Artículo 58.** Requisitos para la calificación de la incapacidad permanente. Los requisitos para que la Comisión Médica Calificadora proceda a la evaluación del beneficiario son:

1. El Reporte de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.
2. El certificado de incapacidad inicial.
3. La investigación administrativa del accidente de trabajo realizada por el Departamento de Seguridad Ocupacional.
4. En casos de recaídas, el reporte presentado en el Departamento de Seguridad Ocupacional.
5. En casos de control y/o agravamiento, la(s) resolución(es) de la Comisión de Prestaciones, a través de la que se le otorgó la Incapacidad Permanente.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

6. Las referencias del médico de medicina del trabajo y del médico especialista del área anatómica o funcional afectada.
7. El Informe de Trabajo Social Ocupacional, de Terapia Ocupacional y del Psicólogo de Salud y Seguridad Ocupacional.
8. Cualquier otra información clínica que sea necesaria.

Esta información debe ser suministrada por el Departamento de Trabajo Social y se conformará un cuadernillo que reposará en la Comisión Médica Calificadora.

### Capítulo IV De la calificación de la invalidez y la incapacidad permanente

**Artículo 59. Criterios para la calificación integral.** La calificación integral de la invalidez y la incapacidad permanente considerará los componentes funcionales biológicos, psíquicos y sociales del ser humano, entendidos en términos de las consecuencias de los accidentes de trabajo, la enfermedad profesional y no profesional, con respecto a la capacidad laboral y a las actividades de la vida diaria.

**Artículo 60. Evaluación presencial del beneficiario.** La evaluación del beneficiario por parte de la Comisión Médica Calificadora se hará de forma presencial, salvo los siguientes casos:

1. Cuando al momento de la evaluación el beneficiario se encuentre hospitalizado en el territorio nacional o encamado en su domicilio y no pueda trasladarse para su evaluación, la Comisión Médica Calificadora asistirá a fin de recopilar la información requerida.
2. En el caso de asegurados que residan en el exterior o se encuentren fuera del país, debido a tratamiento médico prolongado de duración no previsible, la Comisión Médica Calificadora, realizará la evaluación basándose en informes médicos, exámenes clínicos, procedimientos médicos u otros documentos que han sido expedidos fuera del país. La documentación clínica que se aporte deberá estar debidamente autenticada o apostillada.
3. En los casos que se presenten limitaciones de movilidad en el país o en la localidad, establecida por la autoridad competente, se procurará que la evaluación se efectúe de forma virtual.

**Artículo 61. Evaluación de los médicos consultados o tratantes.** Para la emisión del dictamen por parte de la Comisión Médica Calificadora se tomará en cuenta la evaluación emitida por los médicos especialistas consultados o el médico tratante, quienes participan en el trámite inicial de la invalidez o de la incapacidad permanente.

Las evaluaciones deberán contener los sustentos técnicos requeridos por la Comisión Médica Calificadora, siendo estos: el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, síntomas y signos, exámenes y procedimientos necesarios, que le den el carácter objetivo a la condición invalidante o incapacitante.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

**Artículo 62. Dictamen.** La emisión del dictamen de la Comisión Médica Calificadora se realizará conforme lo establecido en los Baremos para la Calificación de la Invalidez y la Incapacidad Permanente aprobados por la Dirección General.

El dictamen emitido por la Comisión Médica Calificadora de primera instancia será enviado a los designados por la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud, para su certificación, en un término no mayor de quince (15) días calendarios. Mientras que para el trámite del recurso de apelación, el dictamen de la Comisión Médica Calificadora de Segunda Instancia, será enviado a la Comisión Asesora Técnica de la Junta Directiva, para su evaluación.

**Artículo 63. Contenido de dictamen.** El dictamen de cada caso expresará el porcentaje de reducción de su capacidad para desempeñar el trabajo habitual o tareas cotidianas, diagnósticos, codificación según la clasificación internacional de enfermedades (CIE) vigente, fecha de inicio de la invalidez y la incapacidad permanente, el que será adoptado por la mayoría de los participantes, quienes suscribirán el informe del caso. Los comisionados que no coincidan con el dictamen deben consignarlo en acta y rubricarlo.

Las firmas de los comisionados se deben acompañar con el sello respectivo, que debe contener nombre completo, especialidad, número de registro de idoneidad e identificación de la Comisión Médica Calificadora correspondiente.

**Artículo 64. Certificación de la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud.** Los designados por la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud certificarán el cumplimiento de los requisitos de la calificación en el dictamen emitido por la Comisión Médica Calificadora de primera instancia, en un término no mayor de quince (15) días calendarios, para posteriormente remitir el dictamen a la Comisión de Prestaciones, a fin de continuar con el trámite administrativo.

**Artículo 65. Perfil y funciones de los designados por la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud.** Los designados por la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud, para la certificación del dictamen emitido por la Comisión Médica Calificadora de primera instancia, deberá ser médico idóneo de primera o segunda categoría y contar con entrenamiento en valoración del daño corporal.

Para la certificación será necesario verificar el cumplimiento de los requisitos para la calificación de la invalidez y la incapacidad permanente, así como la correcta aplicación del baremo según los hallazgos determinados en la evaluación del asegurado o dependiente.

## TITULO IV Disposiciones Finales

**Artículo 66. Seguimiento a los pensionados.** Cuando la Comisión de Prestaciones conceda la invalidez o la incapacidad permanente, Trabajo Social de la instalación de

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

salud que corresponda dará seguimiento al pensionado, a fin que asista a las evaluaciones médicas periódicas.

**Artículo 67. Indicativo.** El presente reglamento deroga la Resolución N° 8375-93-J.D. de 19 de agosto de 1993, que aprobó el Reglamento de las Comisiones Médicas Calificadoras y la Resolución No.16,103-98-J.D. de 25 de mayo de 1998, que aprobó el procedimiento para el manejo de los recursos de apelación de riesgos profesionales e invalidez. Se subroga la Resolución No.1154-82 de 23 de septiembre de 1982, mediante la cual se creó la Comisión Asesora Técnica de Riesgos Profesionales e Invalidez de la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social.

**Artículo 68. Vigencia.** Este reglamento entrará en vigor a los seis (6) meses de su promulgación en la Gaceta Oficial, a efectos de su divulgación.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> El Reglamento para la Calificación de la Invalidez y la Incapacidad Permanente fue publicado en la Gaceta Oficial No.30130-A el 1 de octubre de 2024, por lo que entró a regir el 1 de abril de 2025.

## REGLAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ E INCAPACIDAD PERMANENTE

### DISPOSICIONES VINCULANTES

**Decreto de Gabinete No.68** de 31 de marzo de 1970, Gaceta Oficial 16576, por el cual se centraliza en la Caja de Seguro Social la cobertura obligatoria de los Riesgos Profesionales para todos los trabajadores del Estado y de las Empresas particulares que operan en la República.

**Resolución No.1154-82** de 23 de septiembre de 1982, mediante la cual se creó la Comisión Asesora Técnica de Riesgos Profesionales e Invalidez de la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social.

**Resolución N° 8375-93-J.D.** de 19 de agosto de 1993, que aprobó el Reglamento de las Comisiones Médicas Calificadoras.

**Resolución No.16,103-98-J.D.** de 25 de mayo de 1998, que aprobó el procedimiento para el manejo de los recursos de apelación de riesgos profesionales e invalidez.

**Ley 462** de 18 de marzo de 2025, Gaceta Oficial 30238 de 18 de marzo de 2025, que modifica, adiciona y deroga artículos de la Ley 51 de 2005, que reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, y dicta otras disposiciones.