

San Isidro, **07 MAY 2013**

OFICIO N° 18563 -2013-SBS

Doctor
JORGE ENRIQUE TAPIA MUÑOZ - GAMIO
Presidente
Comité Médico de la AFP – COMAFP
Av. Amador Merino Reyna N° 460 Piso 11
San Isidro.-

**Asunto : Precisiones vinculadas a suspensión del proceso de evaluación y calificación de invalidez
Desarrollo del Sistema Evaluador de Invalidez**

Me dirijo a usted, con relación a la suspensión del plazo de evaluación de una Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez (SECI), el mismo que es llevado a cabo, en virtud de lo establecido en los artículos 197° y 198° del Título VII del Compendio de Normas de Superintendencia, aprobado por Resolución N° 232-98-EF/SAFP.

Sobre el particular, en virtud del análisis efectuado por esta Superintendencia del precitado procedimiento de suspensión, se ha determinado como medida necesaria efectuar las siguientes precisiones:

1. Comunicación de suspensión

En la oportunidad que su representada determine la configuración de alguna de las causales a que hacen referencia los artículos 197° y 198° del Título VII, deberá emitir una comunicación dirigida a la AFP y al afiliado y/o beneficiario, informando la causal y el plazo de suspensión, el mismo que no podrá ser mayor a noventa (90) días calendario¹, contado desde la ocurrencia de alguna de las causales.

Siendo ello así, y a efectos de estandarizar el presente procedimiento, en lo referente al afiliado y/o beneficiario, adjunto al presente -en calidad de Anexo-, se remite un formato de carta de suspensión con el contenido mínimo que su representada deberá adoptar.

2. Acreditación de la fecha de inicio y fin de suspensión

Asimismo, cabe señalar que, en adición a la remisión del documento que suspende el plazo de evaluación, su representada deberá guardar en el expediente de evaluación y calificación de invalidez, copia de la comunicación emitida, así como el cargo de notificación correspondiente.

Finalmente, esta Superintendencia requiere a su representada la implementación de lo establecido en el presente oficio, en un plazo no mayor a diez (10) días útiles de recibido el presente.

Atentamente,


MICHEL SANTA TERREROS
Superintendente Adjunto de Administradoras Privadas
de Fondos de Pensiones y Seguros



HC/pa

Adj. : Lo indicado.

¹ A efectos de establecer el plazo de suspensión, el COMAFP podrá efectuar una diferenciación entre Lima y otros departamentos. En tal sentido, podrían otorgarse por ejemplo, plazos de 15, 30 o 45 días calendario.

ANEXO DEL OFICIO N° 185 63 -2013-SBS

Señor (a)
Apellidos y nombres
Dirección completa

Asunto : SUSPENSIÓN DEL PLAZO DE EVALUACIÓN
Referencia : Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez (SECI) presentada con fecha 00/00/0000.
AFP : (Colocar el nombre de la AFP que corresponda)
N° Expediente del COMAFP : (Colocar el número de expediente que corresponda)
Número de evaluación : (Colocar número de evaluación de la SECI).

Estimado (a) afiliado (a):

De conformidad con lo establecido en los artículos 197° y 198° del Título VII del Compendio de Normas de Superintendencia, aprobado por Resolución N° 232-98-EF/SAFP, mediante el presente se informa que el plazo de evaluación de la SECI de la referencia, **ha sido suspendido**. Ello, en virtud de la necesidad de contar con la siguiente información:

DETALLE DE DOCUMENTOS Y/O EVALUACIONES SOLICITADAS		
N°	Nombre del examen o documento solicitado	Observaciones
1	(Precisar el nombre del documento requerido)	(Según corresponda)
2	(Precisar el nombre de la evaluación de examen o evaluación de médico consultor solicitada)	(Según corresponda)

A dicho efecto, usted cuenta con un plazo de (precisar número de días) días calendario, para cumplir con remitir la documentación y/o asistir a la evaluación a que hace referencia el precitado cuadro, oportunidad en la cual, deberá tener en consideración la siguiente información:

TIPO DE ACCIÓN	OBSERVACIONES
Presentación de documentación	(Precisar la dirección exacta del lugar donde deberá remitir la documentación solicitada por el COMAFP)
Coordinación de evaluación sin traslado	(Precisar el nombre y el número telefónico de la persona a contactar)
Coordinación de evaluación con traslado	(Precisar el nombre y el número telefónico de la persona a contactar para coordinar el traslado y la evaluación correspondiente)

Finalmente, cabe señalar que, en caso tuviere alguna duda o consulta, podrá contactarse con nosotros en los siguientes teléfonos: (Precisar el número telefónico y/o anexo, según corresponda).

(Firma y nombre del representante del COMAFP)

(De considerar necesario, el COMAFP podría remitir la presente comunicación con copia a la AFP)