



**MANUAL DIDÁCTICO  
PARA EL EMPLEADOR  
SOBRE LOS  
RIESGOS PROFESIONALES**



**2008**



*Lic. René Luciani L.  
Director General*

*Dr. Anibal Illueca H.  
Sub-Director General*

*Dr. Pablo Vivar  
Secretario General*

*Lic. Elvira Real G.  
Directora Nacional de  
Prestaciones Económicas*

*Panamá, 2008*

# ÍNDICE

Contenido	Página
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	6
<b>I. Inscripción del Trabajador al Seguro de Riesgos Profesionales a través del Aviso de Entrada y Formulario</b> .....	7
1. Importancia del Aviso de Entrada.....	10
2. Objetivo y Cómo llenarlo.....	13
<b>II. Aspectos de la Ley que le facilitarán los trámites ante la Caja de Seguro Social</b> .....	15
1. ¿Qué se considera Riesgo Profesional?.....	16
2. ¿Qué prestaciones ofrece el Programa de Riesgos Profesionales?.....	18
3. Requisitos indispensables para el trámite de las Incapacidades por Riesgos Profesionales.....	20
4. Formularios requeridos, objetivos y cómo llenarlos.....	22
5. Otros formularios del Programa de Riesgos Profesionales.....	28
6. Otros requisitos que debe presentar el asegurado, según las características del caso.....	38
<b>III. Prestaciones Económicas de largo plazo que reconoce el Programa de Riesgos Profesionales</b> .....	45
1. Cómo se determinan los grados de incapacidad permanente.....	46
2. Pensiones de Sobrevivientes.....	50
- Auxilio de Funerales.....	51

# INTRODUCCIÓN

La información constituye un elemento básico en el diario acontecer. Constantemente se están produciendo ajustes en todos los campos de la actividad humana, los cuales es preciso conocer para mejorar la calidad de los servicios.

Es por ello, que hemos elaborado el **MANUAL DIDACTICO PARA EL EMPLEADOR SOBRE LOS RIESGOS PROFESIONALES**, cuyo propósito es ofrecer al empleador la orientación de cómo y por qué debe llenar adecuadamente los diversos formularios que se requieren para los trámites del Programa de Riesgos Profesionales.

Este manual está basado en la selección y ordenamiento de los aspectos más importantes para la inscripción del trabajador al seguro de Riesgos Profesionales y de cómo reportar un accidente de trabajo o enfermedad profesional, con oportunidad y eficiencia.

Consta además, con modelos de los formularios, la explicación de su objetivo y la descripción de cómo llenar cada uno.

Adicionalmente, se incorpora información general sobre lo que significan los riesgos profesionales, las calificaciones de las secuelas por accidentes de trabajo y/o enfermedad profesional y los beneficios que contiene el Decreto de Gabinete 68 de 31 de marzo de 1970, el cual regula la materia.

## OBJETIVO GENERAL

- ✚ *Dar a conocer al empleador, información relevante acerca del Programa de Riesgos Profesionales, los trámites y requisitos indispensables para garantizar el conocimiento que le sirvan de respaldo, en caso de que se produzca algún accidente o enfermedad profesional, a los trabajadores de su empresa.*

# **La Calidad de Servicio en el Programa de Riesgos Profesionales requiere:**



# CAPÍTULO I

## **INSCRIPCION DEL TRABAJADOR AL SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES, A TRAVÉS DEL AVISO DE ENTRADA, IMPORTANCIA Y FORMULARIO**



1. Importancia del Aviso de Entrada
2. Objetivo y Cómo llenarlo

# Aviso de Entrada

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
PROGRAMA DE RIESGOS PROFESIONALES  
AVISO DE ENTRADA DEL TRABAJADOR

Cód. 02-1113-27  
Imp. CASESO

Nombre del Trabajador \_\_\_\_\_ S.S.   
Fecha de Inicio \_\_\_\_\_

No. de Ced. \_\_\_\_\_ de Labores \_\_\_\_\_

Cargo que Desempeña \_\_\_\_\_ sueldo \_\_\_\_\_  
Mensual Diario

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

No. del Empleador \_\_\_\_\_ Tel.(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleador

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha de Recibo \_\_\_\_\_

**Compañero/a,**  
asegúrate que el  
empleador te llenó  
el Aviso de Entrada



Me dirijo a la Agencia de  
la C.S.S. más cercana  
para entregar mi Aviso de  
Entrada, antes de iniciar  
labores





# 1. IMPORTANCIA DEL AVISO DE ENTRADA

## ACUERDO N° 2

**POR EL CUAL SE DICTA EL REGLAMENTO GENERAL DE INSCRIPCIONES, CLASIFICACION DE EMPRESAS Y RECAUDOS DE SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES.**

### ARTICULO 5°

El personal que figure en la última planilla de declaración de cuotas, será considerado por la Caja como inscrito inicialmente contra los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y por lo tanto no requiere que se le llene el Aviso de Entrada.

### ARTICULO 6°

De conformidad con lo establecido en el Artículo 80 del Decreto de Gabinete No. 68 de 1970, el asegurado activo tendrá derecho a todas las prestaciones del Seguro de Riesgos Profesionales, sin necesidad de cotizaciones previas. Sin embargo, para su otorgamiento, será requisito indispensable que la inscripción del trabajador haya sido hecha en la Caja de Seguro Social con anterioridad a la ocurrencia del imprevisto laboral.

### ARTICULO 7°

Para efectos del Artículo 6° de este Reglamento, todo trabajador que ingrese al servicio de un empleador con posterioridad a la fecha de presentación de la planilla que se menciona en el Artículo 5° del mismo, deberá ser inscrito en forma individual, aun cuando dicho trabajador tenga ya carné del Seguro Social. Esta inscripción se hará en el formulario denominado **AVISO DE ENTRADA DEL TRABAJADOR**, que para tal fin suministra la Caja, sin que por este hecho el empleador quede liberado de hacer figurar al trabajador en la planilla de declaración de cuotas.

El **AVISO DE ENTRADA** es el documento mediante el cual se inscribe en el Seguro de Riesgos Profesionales a cada empleado que inicia labores en una empresa.

El propósito es protegerlo mientras es ingresado en la planilla correspondiente, en vista de que podemos contratar empleados cualquier día del mes, no obstante la presentación de la planilla está sujeta a fechas preestablecidas mes.

Ejemplo: Si contratamos un empleado en fecha posterior a la presentación del mes, le debemos llenar el **AVISO DE ENTRADA** e incluirlo en la próxima planilla.

Todo empleador debe llenarle el **AVISO DE ENTRADA** a cada trabajador y presentarlo a la Caja de Seguro Social antes de iniciar labores, preferiblemente, porque si inicia labores sin este requisito de ocurrirle un accidente de trabajo al asegurado, el empleador deberá asumir todos los costos de las Prestaciones Económicas y Médicas que resulten en base a lo contenido en el **Artículo 42 del Decreto de Gabinete 68 de 31 de marzo de 1970.**

Los **AVISOS DE ENTRADA** pueden ser enviados a través de nota, siempre y cuando contengan los siguientes datos:

- ✚ Membrete de la empresa
- ✚ Firma de la persona autorizada por la Empresa
- ✚ Nombre del Empleado
- ✚ No. de Seguro Social
- ✚ No. de Cédula
- ✚ Fecha de inicio de labores
- ✚ Salario que devengará
- ✚ No. Patronal de la Empresa
- ✚ Firma del Trabajador

#### **Por qué se aceptan notas:**

En caso de que la empresa no tenga tarjetas de Aviso de Entrada puede remitir la información a través de notas.

La **TARJETA DE AVISO DE ENTRADA**, fue diseñada para facilitar la gestión, pero no debe tornarse indispensable. Lo

importante es que el empleador proteja a su empleado inscribiéndole oportunamente.

La empresa debe presentar siempre original y copia para que le quede constancia del reporte oportuno.

### **Ventaja de llenar el AVISO DE ENTRADA DEL TRABAJADOR:**

Si a un empleado le ocurriere un accidente, tendrá derecho a todas las prestaciones económicas y médicas que ofrece el Programa de Riesgos Profesionales incluyendo a sus beneficiarios en caso de fallecimiento, sin necesidad de cotizaciones previas.

**SEÑOR EMPLEADOR:** No deje de llenarle el **AVISO DE ENTRADA** a todo empleado cuando lo contrata.

**EMPLEADO:** Asegúrate que tu empleador te llenó el **AVISO DE ENTRADA**, antes de iniciar tus labores, para que estés protegido en caso de accidente.

No importa si tienes ficha o carné de trabajo anterior, no te sirven si al momento de un accidente estás recién contratado por otra empresa.

Significa que cada vez que te contratan o inicias labores con empresas diferentes **deben llenarte el AVISO DE ENTRADA.**

Los **AVISOS DE ENTRADA**, pueden ser entregados en cualquier Agencia de la Caja de Seguro Social, también pueden ser enviados por FAX para garantizar su entrega oportuna, principalmente en caso de contrataciones nocturnas, en días feriados y fines de semana.

No obstante debe presentarse el original tan pronto la Caja de Seguro Social inicie sus labores en el horario regular.

## 2. OBJETIVO DEL FORMULARIO Y CÓMO LLENARLO

### Objetivo del Formulario

Inscribir y proteger a todo trabajador que se inicie al servicio de un empleador, en el seguro de Riesgos Profesionales, de modo que pueda tener derecho a las prestaciones que ofrece el Programa.

Este formulario debe ser presentado en original y copia en la Agencia de la Caja de Seguro Social que le convenga a la empresa, una vez el empleado sea contratado para protegerlo desde el primer día que inicia labores.

### Cómo llenarlo

- ✓ **Nombre del Empleado:** En este renglón debe ser colocado el nombre completo del asegurado.
- ✓ **Seguro Social:** Colocar el número de seguro social del trabajador otorgado por la Caja de Seguro Social. En caso de tener como número único la cédula, registrar igual.
- ✓ **No. de Cédula:** Colocar el número de cédula de acuerdo a su identificación personal.
- ✓ **Fecha de Inicio:** Colocar la fecha de inicio de labores en la empresa señalada o la fecha de inicio del último contrato vigente.
- ✓ **Cargo que desempeña:** Anotar la ocupación asignada dentro de la empresa. Ejemplo: mensajero, arquitecto, carpintero, abogado oficinista, etc.
- ✓ **Sueldo:** Señalar la remuneración salarial que devengará por mes, por día, de ser por hora, especificar.

Ejemplo: 2.50 X hora.

- ✓ **Nombre de la Empresa:** Anotar nombre de la empresa o razón social.
- ✓ **Número del Empleador:** Anotar el número de registro del empleador, otorgado a la empresa por la Caja de Seguro Social (Ejemplo 87-400-1502).
- ✓ **Teléfono:** Señalar número telefónico de la empresa.
- ✓ **Firma del Empleador:** Firma de la persona autorizada por la empresa y debidamente registrada en los archivos de riesgos profesionales como autorizada para reportar los Riesgos Profesionales.

**Para uso de la Caja de Seguro Social:** Dejar en blanco.

## CAPÍTULO II

### **Aspectos de la Ley que le facilitarán los trámites ante la Caja de Seguro Social**



1. ¿Qué se considera Riesgo Profesional?
2. ¿Qué prestaciones ofrece el Programa de Riesgos Profesionales?
3. Requisitos indispensables para el trámite de las Incapacidades por Riesgos Profesionales.
4. Formularios para reportar los accidentes y enfermedades profesionales.
5. Otros formularios del Programa de Riesgos Profesionales.
6. Otros requisitos que debe presentar el asegurado, según las características del caso.

## 1. ¿QUÉ SE CONSIDERA RIESGO PROFESIONAL?

Se entiende por Riesgos Profesionales los accidentes y las enfermedades a que están expuestos los trabajadores a causa de las labores que ejecutan por cuenta de un empleador.

Para efectos de este Seguro, accidente de trabajo es toda lesión corporal o perturbación funcional que el trabajador sufra, sea en la ejecución, con ocasión o por consecuencia del trabajo, y que dicha perturbación sea producida por la acción repentina o violenta de una causa exterior, o del esfuerzo realizado.

**PARÁGRAFO:** Para los efectos del presente título se considerará como trabajadores a los empleados públicos.



También se considera accidente de trabajo el que sobrevenga al trabajador:

- a. En la ejecución de órdenes del patrono o en la prestación de un servicio bajo la autoridad de éste, aún fuera del lugar y horas de trabajo:
- b. En el curso de interrupciones del trabajo; así como antes y después del mismo, si el trabajador se hallare, por razón de sus obligaciones laborales en el lugar de trabajo o en locales de la empresa, establecimientos o área de explotación.
- c. Por acción de terceras personas, o por acción intencional del patrono o de algún compañero durante la ejecución del trabajo.

- d. El que ocurra al trabajador al trasladarse de su domicilio al lugar en que desempeñe su trabajo o viceversa.



### **Enfermedad Profesional:**

*“Se considerará enfermedad profesional todo estado patológico que se manifieste de manera súbita o por evolución lenta a consecuencia del proceso de trabajo, o debido a las condiciones específicas en que éste se ejecute”.*



## 2. ¿QUÉ PRESTACIONES OFRECE EL PROGRAMA DE RIESGOS PROFESIONALES?

El Programa de Riesgos Profesionales ofrece las siguientes prestaciones:

### ❖ Prestaciones Económicas:

- a. Subsidios por Incapacidad Temporal.
- b. Indemnización por Incapacidad Parcial Permanente.
- c. Pensión por Incapacidad Parcial Permanente
- d. Pensión por Incapacidad Absoluta Permanente.
- e. Pensión de Sobreviviente
- f. Auxilio de Funerales.



### ¿En que condiciones tiene derecho al pago del subsidio por incapacidad temporal un trabajador accidentado?

**Artículo 19** del Decreto de Gabinete 68 del 31 de marzo de 1970:

Cuando a causa del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional, el trabajador se incapacite temporalmente para el trabajo y por tal motivo deje de percibir salario, mientras no haya sido declarada la incapacidad permanente tendrá derecho a un subsidio diario en dinero, desde el primer día de incapacidad, en cuantía igual a su salario durante los dos primeros meses, y el equivalente al 60% del mismo salario, hasta cuando, según dictamen de los médicos del Seguro, el trabajador se halle en condiciones de volver al trabajo, o se declare que no procede más el tratamiento.



### ❖ Prestaciones Médicas:

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional el asegurado tiene derecho:

- a. A la necesaria asistencia médica quirúrgica y hospitalaria y al suministro de los medicamentos y otros medios terapéuticos que requiera su estado.
- b. A la provisión, reparación y renovación de los aparatos de prótesis y ortopedia, cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión sufrida (Además de las prótesis de extremidades, se provee de prótesis dentales y de cualquiera que se le recomiende al paciente).

La Caja de Seguro Social brindará los servicios en sus propias instalaciones o por intermedio de las instituciones, entidades o personas que contrate.



### **3. REQUISITOS INDISPENSABLES PARA EL TRÁMITE DE LAS INCAPACIDADES POR RIESGOS PROFESIONALES.**

#### **➤ Reporte de Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Profesional (Código 02-1105-27)**

- Copia de última Ficha.
- Copia de cédula y carné de Seguro Social.
- Si es empleado público presentar resuelto de licencia por Riesgos Profesionales (exclusión de planillas) y talonario de cheque del mes anterior al que le ocurrió el accidente. Para otras entidades estatales, documento donde conste la exclusión de planilla.
- Confeccionar desglose de salario cuando el caso así lo amerite. (Diferencias por más de B/. 100.00 entre las dos (2) últimas cuotas que refleja la ficha).
- Copia de boleta y del parte, si el accidente fue de tránsito.
- Notas aclaratorias para sustentar según sea el accidente (accidente fuera del área de trabajo, días libres en turno rotativo, horarios especiales).

#### **OBSERVACIONES**

- **En caso de recaídas**, solicitar el formulario a nuestras oficinas, el cual deberá ser llenado por la empresa, identificado con el número de código 8-4-02-1184-27.
- En caso de laborar en dos empresas, llenar adicionalmente el formulario **Reporte de Accidente y/o enfermedad profesional**, diseñado para este propósito, identificado con el número de código 02-1102-27.

El objetivo del formulario es para que el empleador cumpla con lo que establece en el Artículo 65 del Decreto de Gabinete 68 del 31 de marzo de 1970.

## **Artículo 65:**

*El empleador, o quien lo represente en la dirección de la empresa, está obligado a dar aviso a la Caja de Seguro Social, dentro del término máximo de 48 horas, de cualquier hecho que pueda constituir un riesgo profesional acaecido en su empresa.*

Lo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones impuestas por el Código de Trabajo.

Para los efectos de este Artículo, el trabajador, salvo fuerza mayor, deberá dar aviso inmediato a su empleador sobre la ocurrencia del imprevisto.

La víctima y, en caso de muerte o impedimento de ésta, sus allegados o causahabientes, están facultados para elevar la denuncia del accidente a la Caja siempre que se sospeche que el patrono ha omitido o demorado el cumplimiento de esta obligación.

Para efectos de este artículo se presume que el empleador, o en su caso, el representante de éste, tiene conocimiento inmediato de los riesgos profesionales que ocurran en la empresa o negocio del primero.

**Artículo 66:** El aviso de denuncia de accidente deberá ser formulado por escrito, a la Caja de Seguro Social en formulario que ésta suministrará el empleador.



#### **4. FORMULARIOS PARA REPORTAR LOS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES**

**Todo empleador debe tener en su empresa los formularios llamados:**

1. Reporte de Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Profesional.
2. Reporte de Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Profesional para empleados que laboran en dos empresas.
3. Aviso de Denuncia de Accidente y Orden de Atención Médica.

**Reporte de Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Profesional**  
 (Instrucciones al reverso)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
1er. Nombre                      2do. Nombre                      1er. Apellido                      2do. Apellido                      de Casada

Seguro Social No. \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad Personal No. \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo M  F

Agencia donde desea cobrar \_\_\_\_\_  
Día                      Mes                      Año

**INFORMACIÓN LABORAL**

Fecha de ingreso a la empresa: \_\_\_\_\_ Último día laborado: \_\_\_\_\_

Salario \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha del Accidente Hora del Accidente

Hasta qué hora laboró: \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.

Explique brevemente como ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

Sucedió en la empresa: si no Especifique el lugar \_\_\_\_\_  
 Indique la (s) lesión(es) y la parte(s) del cuerpo afectada(s): \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA EMPRESA**

No. de Empleador: \_\_\_\_\_ Actividad económica: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

HORARIO DE TRABAJO	
(MAÑANA)	(TARDE)
De lunes a viernes de _____ a _____ de _____ a _____	
Sábado de: _____ a _____ de _____ a _____	
Domingo de: _____ a _____ de _____ a _____	
Horario del día	
Del accidente: de: _____ a _____ de _____ a _____	
Total de horas semanales: _____ Días libres: _____	

Prima de Riesgos Profesionales: \_\_\_\_\_

Tipo de empresa:  Pública  Privada

Indique si la empresa labora con turnos rotativos  
 Si  No

Nota: En caso afirmativo por favor adjunte al Informe el horario de los turnos rotativos

**TESTIGOS DEL ACCIDENTE**

- Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE REPORTAR EL RIESGO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_  
 Cédula No. \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

**PARA USO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL  
 DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA**

Tipo de accidente  Agente  Naturaleza de la lesión  Distrito donde ocurrió   
 Actividad Realizada  Causa externa  Parte afectada

Original y tres copias

# INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL REPORTE DE TRABAJO DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL

## 1.- DATOS DEL ASEGURADO

En esta sección se deberán anotar los datos actuales del asegurado y de acuerdo a las generales señaladas en sus documentos personales (cédula y carné de seguro social).

## 2.- INFORMACION LABORAL

En esta sección se deberán anotar los datos que a continuación se detallan:

- ✓ **Fecha de Ingreso a la Empresa:** Señalar fecha de inicio de labores en la empresa o del último contrato.
- ✓ **Último día laborado:** Se entiende como el último día de trabajo desempeñado por el accidentado, de acuerdo a su jornada.
- ✓ **Salario:** Señalar remuneración por mes, semana, hora o día.
- ✓ **Ocupación:** Cargo del asegurado dentro de la empresa.
- ✓ **Hasta que hora laboró:** Última hora desempeñada por el asegurado durante del imprevisto laboral o después del mismo.
- ✓ **Explicación breve del accidente:** Anotar como sucedió el imprevisto procurando de manera sintetizada especificar las circunstancias del hecho. Ejemplo: Si se cayó de escalera, qué clase de escalera. Si levantó peso, qué clase y de cuántas libras aproximadamente...etc.
- ✓ **Especificar el lugar:** Señalar si sucedió dentro o fuera de la empresa, el lugar y anotar partes del cuerpo afectadas.

### 3.- DATOS DE LA EMPRESA

Se refiere a las generales de la empresa debidamente constituida.

**Número de Empleador:** Anotar el número otorgado por la Caja de Seguro Social a la empresa.

**Nombre de la Empresa:** Señalar el nombre inscrito, bajo el número de empleador registrado en la Caja de Seguro Social. Dirección ubicación de la empresa y número de teléfono.

### 4.- HORARIO DE TRABAJO

Se debe señalar el horario de la semana del accidente (se debe excluir la hora de almuerzo, si ésta no es cubierta por la empresa

**Horario del día del accidente:** Horario completo que desempeñaba el asegurado el día del accidente.

**Total de Horas semanales:** Especificar el total de horas regulares y ordinarias, que labora el asegurado, por semana y en base a las que paga la empresa (excluir horas extras).

### 5.- DATOS DE INSCRIPCIÓN

**Prima de Riesgos:** Señalar el porcentaje o tarifa establecida a la empresa por la Caja de Seguro Social.

**Tipo de Empresa:** Colocar una  en el espacio correspondiente ya sea que la empresa sea pública o privada

**Tipo de Turno:** Especificar si la empresa labora turnos rotativos; de ser afirmativo la **empresa debe adjuntar informe de horario de la semana del accidente y especificar días libres.**



## **6.- TESTIGOS DEL ACCIDENTE**

De existir testigos del accidente señalado en el Informe Patronal, se deben anotar los nombres, firmas y los teléfonos de los mismos.

## **7.- DATOS DE LAS PERSONAS RESPONSABLES DE REPORTAR EL RIESGO**

La persona responsable por parte de la empresa y debidamente registrada en la Caja de Seguro Social como autorizada para reportar los accidentes de trabajo debe anotar su nombre, firma, teléfono, cédula y cargo que desempeña dentro de la empresa.



**Reporte de Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Profesional  
Para empleados que laboran en dos empresas.**

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

1er. Nombre                      2do. Nombre                      1er. Apellido                      2do. Apellido                      de Casada

No de Cédula \_\_\_\_\_ No. de S.S. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
dd/mm/aa)

Dirección del Asegurado \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Sexo M  F  Agencia donde desea cobrar \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA OTRA EMPRESA DONDE LABORA EL ASEGURADO**

Nº de Empleador \_\_\_\_\_ Act. Económica \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

**HORARIO DE TRABAJO  
(MAÑANA) (TARDE)**

De lunes a viernes de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Sábado de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Domingo de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Horario del día  
Del accidente: de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Total de horas semanales: \_\_\_\_\_ Días libres: \_\_\_\_\_

Prima de Riesgos Profesionales: \_\_\_\_\_

Tipo de empresa: Pública  Privada

Indique si la empresa labora con turnos rotativos

Sí  No

Nota: En caso afirmativo  
por favor adjunte al Informe  
el horario de los turnos rotativos

**INFORMACION LABORAL**

Fecha de ingreso a la empresa: \_\_\_\_\_ Ultimo día laborado: \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aa) (dd/mm/aa)

Hasta que hora laboró: \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m. Ocupación \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LLENAR EL FORMULARIO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Cédula N°: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nota:** El presente formulario tiene como objetivo hacer cumplir el Artículo 35 del reglamento de Riesgos Profesionales que establece lo siguiente: "El trabajador que preste servicios simultáneamente a varios patronos, cotizará por intermedio de todos ellos. En este caso, para efecto de la liquidación de las prestaciones económicas, se sumarán todos los salarios asegurados."

Original y tres copias

## 5. OTROS FORMULARIOS DEL PROGRAMA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SUS OBJETIVOS

### ⇒ Tarjeta de Registro de Firmas Autorizadas por la Empresa

- Objetivo
- Cómo se llena



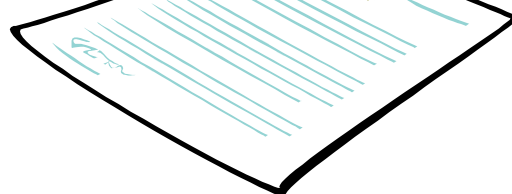
### ⇒ Aviso de Denuncia de Accidente y Orden de Atención Médica

- Objetivo
- Cómo se llena



### ⇒ Informe de Recaída

- Objetivo
- Cómo se llena



# Tarjeta Registro de Firma

\_\_\_\_\_  
No. del Empleador

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
RIESGOS PROFESIONALES

Cód. 02-1130-27  
Imp. CASESO

## REGISTRO DE FIRMAS

Sírvase conocer como autorizados y responsables para todo lo relacionado con el Seguro de Riesgos Profesionales a las siguientes personas

- |                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 1. NOMBRE: _____ | FIRMA _____             |
| POSICIÓN _____   | CEDULA _____ S.S. _____ |
| 2. NOMBRE: _____ | FIRMA _____             |
| POSICIÓN _____   | CEDULA _____ S.S. _____ |
| 3. NOMBRE: _____ | FIRMA _____             |
| POSICIÓN _____   | CEDULA _____ S.S. _____ |

Cualquiera modificación debe ser informada inmediatamente a las oficinas de RIESGOS PROFESIONALES para los efectos del caso.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Rep. Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Rep. Legal

\_\_\_\_\_  
Teléfono de la Empresa

## OBJETIVO DE LA TARJETA Y CÓMO LLENARLA

### Objetivo de la Tarjeta:

Registrar dentro de la Caja de Seguro Social las firmas autorizadas y responsables por parte de la empresa e instituciones estatales para todo lo relacionado con el seguro de Riesgos Profesionales (firma de los Avisos de Entradas, Aviso de Denuncia de los Accidentes y Órdenes de Atención Médica, firma en los Informes Patronales de Accidente, notas aclaratorias, Informes de Recaídas, Desglose de salarios, etc.)

### ¿Cómo llenarla?

#### Parte superior lado izquierdo

**Número del Empleador:** Anotar el número del empleador otorgado por la Caja de Seguro Social a la empresa.  
Ejemplo: 87-400-1502.

#### Parte superior lado derecho

**Nombre del Empleador:** Anotar nombre de la empresa o Institución.

## **Parte Central:**

En esta parte se pueden registrar como máximo a tres personas por tarjeta, como autorizados de reportar los riesgos profesionales.

**Nombre:** Anotar en forma clara y legible el nombre de la persona responsable de reportar los riesgos.

**Firma:** Firma original de la persona señalada en el renglón anterior.

**Posición:** Ocupación que desempeña dentro de la empresa. Ejemplo: Contralor, Gerente, Jefe de Planilla, Secretaria, etc.

**Cédula:** Número de identificación personal registrada.

**Seguro Social:** Anotar el número de seguro social si lo tiene.

Los puntos dos y tres se llenan con los mismos lineamientos del punto antes señalado.

**Parte inferior izquierda:** Nombre del representante legal de la empresa.

**Parte inferior derecha:** Firma del representante legal de la empresa.

**Nota:** En caso de que alguna de las personas registradas, renuncie, sea despedida, o no se encuentre ya autorizada para firmar lo concerniente al seguro de Riesgos Profesionales deberán remitir la tarjeta con los datos y firmas actualizadas.

# Aviso de Denuncia de Accidente y Orden de Atención Médica



Cód.02-1123-27

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
PROGRAMA DE RIESGO PROFESIONALES  
AVISO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE Y  
ORDEN DE ATENCIÓN MÉDICA

Panamá, .....de 2.....

El señor.....Asegurado No.....

Cédula No..... ha sufrido un accidente de trabajo en el desempeño de sus labores.

Ocurrido el día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_ hora \_\_\_\_ .

Agradecemos a ustedes se sirvan atender al paciente y darle el tratamiento necesario.

De usted atentamente,

.....  
NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL

.....  
NÚMERO DEL EMPLEADOR

.....  
FIRMA AUTORIZADA

(El uso indebido de este documento será debidamente sancionado de acuerdo con las disposiciones legales pertinentes)

## OBJETIVO DEL FORMULARIO Y CÓMO LLENARLO

### Objetivo del Formulario:

Primeramente debe ser llenado para dar cumplimiento al artículo 65 del Decreto de Gabinete 68 del 31 de marzo de 1970, en cuanto a informar oportunamente a la Caja sobre la ocurrencia del hecho que pueda constituir un Riesgo Profesional acaecido en su empresa. (Esto no lo exime de llenar el Reporte de Accidente y enfermedad profesional, formulario que es necesario para que el trabajador tramite el pago de las incapacidades).

También tiene como finalidad que al llegar el trabajador a recibir atención médica, entregue este documento junto con su ficha y carné de seguro social, y se le brinde la atención médica requerida.

### Cómo llenarlo:

Debe ser llenado en forma clara y legible sin tachones borrones ni datos sobrepuestos. En la parte superior de lado derecho se debe anotar la fecha del día en que se está llenando la orden de atención médica.

**El Señor:** Anotar nombre completo del asegurado.

**Asegurado No.:** Anotar el número de seguro social, de no tener dejar en blanco.

**Cédula No:** Anotar el número de cédula del accidentado.

**Accidente ocurrido:** Anotar día, mes, año y hora



## **Parte inferior del lado derecho:**

**Nombre de la empresa:** Anotar nombre de la empresa o institución donde labora.

**Número del Empleador:** Anotar el número del Empleador otorgado por la Caja de Seguro Social.

**Firma Autorizada:** Firma de la persona autorizada por parte de la empresa y en casos de urgencia una persona responsable que pueda asumir.

Cabe señalar que este documento facilita la gestión de atención médica como un Riesgo Profesional y el proceso de trámite porque es una sustentación oportuna de que se está reportando un hecho acaecido en la empresa.

## INFORME DE RECAIDA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

El Señor(a) \_\_\_\_\_ Seguro Social N° \_\_\_\_\_

Cédula de identidad N° \_\_\_\_\_ Sufrió accidente de trabajo

Teléfono \_\_\_\_\_

Enfermedad Profesional

El accidente inicial ocurrió día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Mientras laboraba para la Empresa \_\_\_\_\_

En aquella ocasión fue incapacitado desde el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

hasta el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y se reintegró a sus labores el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Su última recaída fue el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Mientras laboraba para la Empresa

\_\_\_\_\_

### DESCRIBA BREVEMENTE LA CIRCUNSTANCIA DE LA RECAIDA:


Qué horario laboraba al momento de presentar la recaída \_\_\_\_\_ Que día libre tenía en la semana que le ocurrió la recaída \_\_\_\_\_ Hasta que hora laboró ese día \_\_\_\_\_

Total de horas que trabaja por semana \_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_

### PARA QUE SE TOMA EN CONSIDERACIÓN SI ES NECESARIO INFORMARNOS:

Que por haber dejado de laborar en la Empresa \_\_\_\_\_ no podemos informar sobre lo ocurrido. Que la empresa le reconoció el período de incapacidad del \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ al \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada

<b>Verificación de la Morosidad</b>
---

Nombre del autorizado: \_\_\_\_\_

Cargo del autorizado: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

No. del Empleador: \_\_\_\_\_ Prima de Riesgos Profesionales: \_\_\_\_\_ %

**Observaciones al reverso.**

## **OBJETIVO DEL FORMULARIO, CÓMO Y CUÁNDO DEBE LLENARSE**

### **Objetivo Del Formulario:**

Contar con un documento que garantice la existencia de la relación laboral del trabajador accidentado, cuando sufre recaída de accidente o enfermedad profesional, aun cuando haya ocurrido laborando con anterioridad y con otro empleador.

### **Cuándo se debe Llenar:**

Se le debe llenar al trabajador que sufre un accidente o enfermedad profesional, se incorpora a su puesto de trabajo y sufre una recaída del hecho anteriormente acaecido.

También se le debe llenar cuando sea incapacitado por tratamiento y cirugías, consecuentes al accidente inicial después de haberse incorporado.

### **¿Cómo se llena?**

Los primero cinco puntos, anotar las generales del asegurado marcando con una flecha o cruz el cuadrante que califica si fue accidente de trabajo o enfermedad profesional

Los puntos que se refieren a los antecedentes del hecho inicial, como fecha del accidente donde laboraba período de incapacidad su última recaída deben ser anotados de acuerdo a los antecedentes que revele el trabajador en la empresa. Si fuese con otra empresa el trabajador deberá proporcionar la información u obtenerla en la Caja de Seguro Social, llamando o acudiendo a la Sección de Riesgos Profesionales.

### **Donde dice:**

Ha sido incapacitado a partir del día\_\_de\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_.

**Anotar los datos que contiene el certificado médico de la recaída que está presentando para que se le tramite en la Caja de Seguro Social.**

El resto del formulario es información que deberá proporcionar el trabajador en conjunto con la empresa.

El último cuadrante es para ser llenado sólo por la empresa

Se recomienda leer las observaciones que están al reverso del mencionado formulario.

## **6. OTROS REQUISITOS QUE DEBEN PRESENTAR SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL CASO**

- ⇒ Informe de Turnos, si los tiene rotativos.
- ⇒ Boleta de Tránsito de lesionado y parte de Tránsito, si el accidente es de tránsito.
- ⇒ Desglose de Salarios, si hay diferencias de más de B/. 100.00 balboas, entre un mes y otro de los que se requieren.
- ⇒ Se presenta ejemplo de la acción de denuncia, que debe realizar ante las autoridades competentes, si fue víctima de asalto o agresión física en actividad relacionada con el trabajo.

## MODELO DE INFORME DE TURNOS

Este se debe confeccionar cuando el asegurado labora turnos rotativos.

Debe contener el Horario de la semana en que ocurrió el accidente e igualmente especificar los días libres.

		<b>Taller Internacional</b>			
Señores Caja de Seguro Social		20 de agosto de 1999			
Señores		TURNOS DEL Sr. JOHN SMITH, S.S. 88-9999			
<u>Día</u>	<u>Fecha</u>	<u>Turno</u>	<u>Entrada</u>	<u>Salida</u>	
Martes	24-07-01	Libre	-	-	-
Miércoles	25-07-01	Turno	10:00 p.m.	a	6:00 a.m.
Jueves	26-07-01	Turno	10:00 p.m.	a	6:00 a.m.
Viernes	27-07-01	Turno	10:00 p.m.	a	6:00 a.m.
Sábado	28-07-01	Turno	2:00 p.m.	a	10:00 p.m.
Domingo	29-07-01	Turno	2:00 p.m.	a	10:00 p.m.
Lunes	30-07-01	Turno	2:00 p.m.	a	10:00 p.m.
Martes	31-07-01	Turno	6:00 a.m.	a	2:00 p.m.
Miércoles	01-08-01	Turno	6:00 a.m.	a	2:00 p.m.
Sin otro particular		Atentamente,			
KP/dilma					

## MODELO DE BOLETAS DE TRÁNSITO DE LESIONADOS O PARTE DE TRANSITO

Este documento se debe presentar con el objetivo de sustentar los hechos o accidente de transito.

### Cuándo se presenta?

Se debe presentar cuando el trabajador sufre accidente de trayecto del trabajo a la casa o de la casa al trabajo ejemplo: en un taxi, auto particular etc. Igual cuando suceden accidentes en el desempeño de sus funciones, ejemplo: realizando mensajería, repartiendo comida (pizza, etc.), visitas comerciales etc., en vehículo de propiedad de la empresa o particular.

Modelo N° 1

REPUBLICA DE PANAMA  
MINISTERIO DE GOBIERNO Y JUSTICIA  
DIRECCIÓN NACIONAL DE TRANSITO Y TRANSPORTE TERRESTRE

LESIONADO POR COLISION ATROPELLO  
Y/O DAÑOS A LA PROPIEDAD

El(a) señor(a) \_\_\_\_\_ esta implicado(a) en  
Un(a)  Colisión  Atropello  Daños a la Propiedad, ocurrido el \_\_\_\_\_  
D M A  
Cuyo informe se encuentra registrado en el Formato No. \_\_\_\_\_  
Citado(a) para \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**NO. 11438901920** \_\_\_\_\_

Firma y Número del Inspector

Modelo N° 2

República de Panamá  
MINISTERIO DE GOBIERNO Y JUSTICIA  
DIRECCIÓN NACIONAL DE TRANSITO Y TRANSPORTE  
TERRESTRE

**333999888**

No. Placa del Vehículo No. 1.....  
Licencia o cédula.....  
Fecha del Accidente día.....mes.....año.....  
Fecha de Audiencia día.....mes.....hora.....  
Año.....en el Juzgado.....de Tránsito del.....  
SR. CONDUCTOR: VERIFIQUE EN INFORMACIÓN EL N° .DEL  
JUZGADO EN QUE QUEDO ADJUDICADO SU CASO  
“PROTEJA SU VIDA, USE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD

También existe el Parte de Tránsito como requisito el cual es expedido por la Autoridad del Tránsito. Este documento es más amplio que las boletas descritas en el punto anterior, ya que contiene información detallada del accidente, tales como quienes ocupaban el auto, hora, circunstancia, modelo del transporte, etc.





## Desglose de Salario

Es importante que las empresas presenten los desgloses salariales de conformidad con la metodología de pago que utiliza la misma. Por ejemplo: Si paga por bi-semanas los desgloses deben realizarse en base a bi-semanas, si pagan por quincenas regulares de igual manera.

El desglose se utiliza cuando existe diferencia por más de B/.100.00 entre las dos últimas cuotas acreditadas, antes de la fecha del accidente que refleja la ficha y que son necesarias.

En el mismo se detalla el salario regular, las liquidaciones, las horas extras (si las hubiera) y las vacaciones devengadas por el empleado durante estos meses, (en este último punto, se debe desglosar en tiempo y monto).

Ejemplo: Vacaciones del 15 de abril al 14 de mayo total  
B/.500.00

15-04-2001	al	30-04-2001	=	250.00
01-05-2001	al	14-05-2001	=	250.00

Igual se debe señalar si las tomó en dinero solamente o si tomó el tiempo.

## MODELO DE NOTA DE DESGLOSE



### INGENIERIA X-Z, S.A.

Apartado 33333-ZONA 39, PANAMA- TELEFONO 333-33333

Señores  
Riesgos Profesionales  
Caja de Seguro Social  
Ciudad

Estimados Señores:

La presente tiene como finalidad desglosarle los salarios que ha ganado el Sr. X, con cédula de identidad personal No. XX-XXX-XX y seguro social XXX-XXX los meses de agosto y septiembre de 2007, los cuales se desglosan así:

Quincena	Valor Hora Reg . Bruta	Valor H.Extra Bruta	Vacac. E Indem	Salario Bruto Deveng
<b>Iera. Agosto 2001</b>				
15-07-01 al 28-07-01	186.97	74.42	00.00	261.39
29-07-01 11-08-01	163.08	25.38	00.00	188.46
12-08-01 25-08-01	178.20	56.70	00.00	234.90
	528.25	156.50		684.75
<b>II do. Septiembre 2001</b>				
26-08-01 al 08-09-01	177.12	57.24	00.00	234.36
09-09-01 22-09-01	156.20	00.00	00.00	156.06
	333.18	57.24		390.42

Esta empresa se dedica al ramo de la construcción, por lo tanto nuestros pagos se hacen bisemanalmente.

En el mes de agosto del Sr. X devengó un salario de B/.684.75 ya que en ese mes hubo tres quincenas.

Atentamente,

**Ejemplo de la acción de denuncia** que es recomendable realizar, cuando se ha sido víctima de asalto o agresión. Esta acción se efectúa ante las autoridades competentes.



REPUBLICA DE PANAMA MINISTERIO PUBLICO POLICIA  
TÉCNICA JUDICIAL. AGENCIA XXXXXXXXXXXXXXXX  
SECIÓN DE INVESTIGACIONES Y OTROS DELITOS.

Denuncia suscrita por:

Hora:

Día:

Mes:

Año:

En el Distrito de XXXXXXXXXXX, comparece ante la Agencia de la Policía Técnica Judicial en XXXXXXXXXXX, la persona descrita con la finalidad de suscribir formal denuncia, para promover una investigación judicial. Es necesario que todo compareciente conozca lo preceptuado por los artículos 1994 hasta 1999 del Código judicial lo que establece que ningún denunciante se constituye en parte del proceso ni esta obligado a probar su relato de lo que conoce por cualquier medio y las personas que lo perpetraron, lo que es una obligación ciudadana de poner el hecho delictivo en conocimiento de las autoridades. La Denuncia no está sujeta a formalidad alguna y puede hacerse verbal por escrito y firmada por quién la suscribe, en el se expresará cuanta noticia tenga del hecho y su circunstancia. El funcionario debe inmediatamente realizar las investigaciones respectivas. Sin necesidad que se tenga que ratificar. No obstante, el funcionario receptor debe advertirle al compareciente de nuestras normas penales establecen sanciones por la falsa denuncia por lo que de inmediato transcribimos el contenido de los artículos 351 y 353 del Código Penal, los cuales debe conocer antes de manifestar sus generales completas y todo lo referente a las razones de su comparecencia.

**Artículo 351:** El que denuncia ante la autoridad una infracción punible a sabiendas de que no se ha cometido, o simule prueba o indicio de ella que puedan servir a una instrucción judicial, será sancionado con prisión de 6 meses a un año o de 25 a 100 días multa.

**Artículo 353:** El que inculpe a otra persona ante la autoridad de una infracción punible, a sabiendas de que es inocente, o simule prueba o indicio contra ese mismo inculpado, será sancionado con prisión de 1 a 3 años. Si la falsa inculpación.

Con la lectura y explicación de este documento se procede a preguntar sus generales a lo que **CONTESTO:** Señor Inspector, varón, mayor de edad Panameño, unido, ocupación Jefe de Personal de XXXXXXXXXXX nacido en Panamá.....

## CAPÍTULO III

# Prestaciones Económicas de Largo Plazo que reconoce el Programa de Riesgos Profesionales

(Decreto de Gabinete 68 del 31 de marzo de 1970)

1. Cómo se determinan los grados de incapacidad permanente.
2. Pensiones de Sobrevivientes
  - Auxilio de Funeral



## 1. ¿CÓMO SE DETERMINAN LOS GRADOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE?

**Artículo 24:** “Se determinará de acuerdo con la tabla de valuación de incapacidades...”

1%.....35%	Indemnización
36%.....99%	Pensión Parcial Permanente
100%	Pensión Absoluta Permanente

Cada tipo de lesión tiene un grado mínimo y uno máximo, y éste se determinará tomando en cuenta:

- \* Edad del trabajador
- \* Posibilidad de rehabilitación
- \* El daño físico
- \* Disminución de capacidad adquisitiva de empleo o de ascenso.
- \* Profesión habitual

## **Artículos de la Ley que sustentan el pago de las Indemnizaciones y Pensiones por Riesgos Profesionales**

**Artículo 22:** Para los efectos del Seguro de Riesgos Profesionales, se entiende por invalidez permanente parcial la producida por alteración incurable o de duración no previsible, que disminuya la capacidad de trabajo del asegurado, sin que produzca incapacidad permanente absoluta.

**Artículo 23:** Se entiende por incapacidad permanente absoluta la producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables, o de duración no previsible, que impidan al asegurado desempeñar cualquier clase de trabajo remunerado.

**Artículo 26:** El incapacitado permanente parcial tendrá derecho a una pensión proporcional a la que le hubiese correspondido en caso de incapacidad permanente absoluta, y de acuerdo con el porcentaje de valuación de la incapacidad.

**Artículo 27:** El incapacitado permanente absoluto tendrá derecho a una pensión mensual equivalente al 60% del salario.

**Artículo 28:** Las pensiones por invalidez permanente parcial o absoluta se concederán inicialmente por el término de dos años. Si después de transcurrido tal período subsiste la incapacidad, la pensión tendrá carácter definitiva, reservándose la Caja de Seguro Social el derecho a revisar la incapacidad cuando lo juzgue necesario.

Las pensiones serán vitalicias al cumplimiento de los cincuenta y cinco años la mujer y sesenta años los hombres.

**Artículo 29:** El asegurado que quede con una incapacidad permanente igual o inferior al 35%, tendrá derecho a que se le pague, en sustitución de la pensión, una indemnización en capital equivalente a tres anualidades de aquella.

**Artículo 30:** Las pensiones correspondientes a una disminución de capacidad laboral superior al 35%, serán pagadas en forma de renta mensual.

### **Requisitos y procedimientos para la calificación de la Incapacidad Permanente de Riesgos Profesionales.**

La calificación de la Incapacidad Permanente de Riesgos Profesionales se orientará por los requisitos y procedimientos establecidos en el Reglamento para la calificación de la Invalidez y la Incapacidad Permanente de Riesgos Profesionales, que al efecto dicta la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social.

Dicho dictamen es el documento que, con carácter probatorio, contiene el concepto experto que los calificadores emiten sobre el grado de invalidez de un asegurado, y debe fundamentarse en:

1. Consideraciones de orden fáctico sobre la situación que es objeto de evaluación, donde se relacionan, si es del caso, los hechos ocurridos que dieron lugar a la enfermedad o accidente, y el diagnóstico clínico de carácter técnico-científico, soportado en la historia clínica, y con las ayudas de diagnóstico requeridas de acuerdo con la especificidad del problema.
2. Establecido el diagnóstico clínico, se procede a determinar la pérdida de la capacidad laboral del individuo, mediante los procedimientos definidos en el Reglamento para la Calificación de la Invalidez y la Incapacidad Permanente. Esta determinación debe ser realizada por personal idóneo científica, técnica y éticamente, con su respectivo reconocimiento académico oficial. En caso de requerir conceptos, exámenes o pruebas adicionales, deberán realizarse y registrarse en los términos establecidos en el reglamento respectivo.
3. Definida la pérdida de la capacidad laboral, se procede a la calificación integral de la invalidez, la cual se registra en el dictamen y en los formularios o documentos que para ese

efecto expida la Caja de Seguro Social, los cuales deben registrar, entre otros elementos, el origen de la enfermedad o accidente, el grado de pérdida de la capacidad laboral, la fecha de inicio de la incapacidad y la sustentación con base en el diagnóstico y demás informes adicionales, si fueran del caso. Se considerará igualmente, para la calificación de la incapacidad permanente, la edad del empleado, su profesión habitual y la repercusión que la lesión pueda tener sobre la obtención del empleo.

**Parágrafo transitorio.** Mientras no se apruebe el Reglamento para la Calificación de la Invalidez y la Incapacidad Permanente de Riesgos Profesionales a que se refiere este artículo, los grados de incapacidad permanente se determinarán de acuerdo con las disposiciones vigentes y la Tabla de Valuación de Incapacidades Originadas por Riesgos Profesionales adoptada por la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social. (Texto del artículo 24 modificado por el artículo 239 de la Ley 51 de 2005).



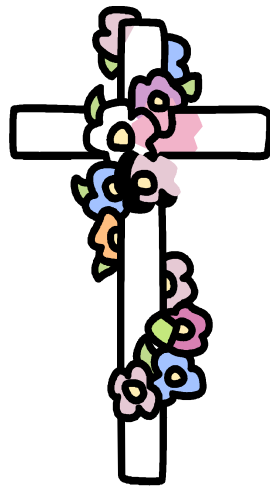
## 2. PENSIONES DE SOBREVIVIENTES



MONTO DE LA PENSION	TIPO DE SOBREVIVIENTE	TIEMPO DE DURACIÓN
25% - 30%	Viudas, viudos Inválidos compañeros o unicos beneficiarios	Vitalicia
15%	Hijo (si es único beneficiario 20%)	Hasta los 18 años
25%, 35%, 40%	Si hubieren 2,3,4 ó más	Hasta los 18 años
15% - 20%	Aumento de la pensión de los hijos a falta de padres sobrevivientes	Hasta los 18 años
20%	Madres (si fuera única beneficiaria 30%)	10 años
10%	Padres inválidos o sexagenarios	10 años
10%	Otros beneficiarios	6 años

La totalidad de las pensiones no podrán exceder del 75 % del salario del trabajador fallecido.

## Auxilio de Funerales



A la muerte de un asegurado por causa profesional, tendrá derecho a que se le pague, quien compruebe haber sufragado los gastos de entierro, un auxilio cuya cuantía será establecida por la Caja de Seguro Social.

Igual derecho habrá cuando fallezca un pensionado por Invalidez Absoluta.

## **Documentos requeridos para el trámite de solicitud de Pensión de Sobrevivientes, de los fallecidos por Riesgos Profesionales**

- Reporte de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, llenado por el empleador.
- Fotocopia de ficha y carné del fallecido (al momento de la entrega presentar también originales).
- Solicitud de Pensión de Sobreviviente con los datos correspondientes que contiene el formulario y debiendo incluir en la misma, a los hijos cuando se es esposa o compañera.
- La madre, padre o hermanos deberán llenar las solicitudes por separado.
- Fotocopia de Cédula de los solicitantes que sean mayores de edad, como son, esposa, madre o padre.
- Certificados de nacimientos de los hijos o hermanos menores de 18 años.
- Certificado de extrajuicio, sólo si es Compañera.
- Certificado de Soltería del fallecido y de la concubina, de no existir el matrimonio legal.
- Certificado de Defunción expedido por el Registro Civil en original.
- Certificado de nacimiento del fallecido, sólo si hay como solicitantes madre y padre.
- Solicitud de pago de funeral y factura con timbres.

Para su debida orientación los interesados deberán acudir a la Sección de Trámite y a la Sección de Trabajo Social de Riesgos Profesionales, ubicadas en la **puerta 102 del Edificio Bolívar en Transístmica**.

Si el usuario es del Interior de la República, deberá presentar su solicitud en cualquiera de las Agencias de la Caja de Seguro Social, del sector que le sea de su conveniencia.

**PREPARADO POR:**

***Ruth Barrow P.***

*Asistente Administrativa*

*Dirección Nacional de Prestaciones Económicas*

**2008**



## **CAJA DE SEGURO SOCIAL**

**Vía Transístmica, Edificio Bolívar  
Apartado 0816-06808, Panamá 5, Panamá  
Teléfono: 503-2000**