



Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad en Red

Equipo Unidad de Discapacidad -COMPIN Concepción
2025



**TRABAJANDO
PARA USTED**

QUIENES SOMOS

COMPIN

Somos una unidad técnica administrativa y fiscalizadora conformada por profesionales del área de la salud. Nuestra misión es **constatar, evaluar, declarar y certificar el estado de salud de las personas, su capacidad de trabajo y su recuperabilidad** para que puedan optar a beneficios previsionales, asistenciales y/o estatutarios.

La COMPIN depende de la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI), y está sometida a la supervigilancia del Presidente de la República a través de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.

Se encuentra en las 16 regiones del país y realiza 49 trámites referentes a:

- Certificación de la Discapacidad
- Evaluación y pronunciamiento de incapacidad laboral Transitoria o Permanente
- Pronunciamientos Técnico Administrativos
- Venta de talonarios de Licencias Médicas

INVALIDEZ

La INVALIDEZ es “el menoscabo permanente en la capacidad de trabajo de una persona, a consecuencia de una enfermedad o accidente, del debilitamiento de sus fuerzas, o también definida como incapacidad permanente” (**Ley 16.744**)



DISCAPACIDAD

La ley 20.422 define a la PERSONA CON DISCAPACIDAD como “aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás” (**Ley 20.422**)



PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS Y PRESTACIONES SOCIALES VINCULADAS A LA LEY 20.422 ¿ES NECESARIO CONTAR CON ALGÚN TIPO DE CERTIFICADO E INSCRIPCIÓN EN ALGÚN REGISTRO?

- Sí, la Ley 20.422 dispone que: las personas con discapacidad cuenten con certificación de la discapacidad otorgada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) correspondiente a su domicilio y que estén inscritas en el Registro Nacional de la Discapacidad.

VALIDA SOLO ACOMPAÑADA CON CEDULA DE IDENTIDAD		SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION • CHILE REGISTRO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD	
RUN :		POLJO : 900000000000001870	
NOMBRE :		Codigo Verificacion : 1848-1e5f05b	
DOMICILIO :	RUDA	CREDECIAL	
FECHAS :		RUN :	
DICTAMEN :	3 Marzo 2015	NOMBRE :	
REVALUACION :	NO TIENE	GRADO GLOBAL DE DISCAPACIDAD :	SEVERA / 94,99 %
EMISION :	17 Abril 2015	CAUSA PRINCIPAL :	SENSORIAL VISUAL
		CAUSAS SECUNDARIAS :	SENSORIAL AUDITIVA
			MENTAL FÍSICA
			MENTAL INTELCTUAL
		MOVILIDAD REDUCIDA :	SI
		www.registrocivil.gob.cl	

Clasificación
Internacional de
Deficiencia,
Discapacidad y
Minusvalía
(CIDDM)

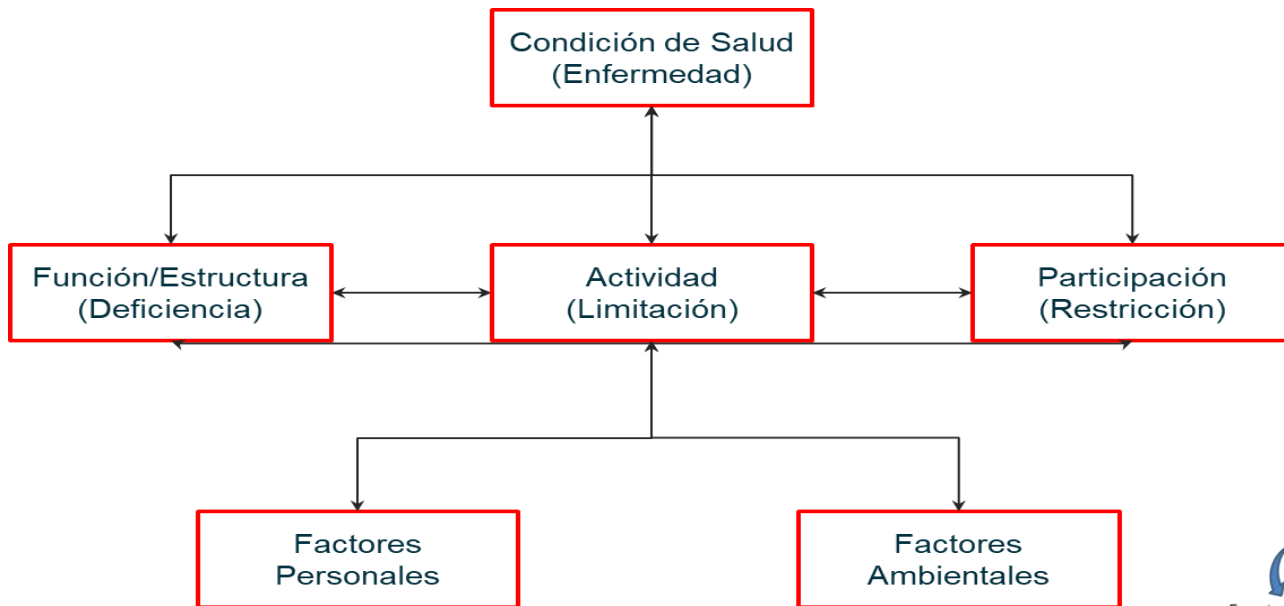
- Ley 19.284
- 1984- 2010
- Énfasis en lo médico-
diagnósticos
- Modelo biomédico

Clasificación
Internacional de
Funcionamiento,
Discapacidad y
Salud (CIF)

- Ley 20.422
- 2010- actualidad
- Énfasis en la persona como
parte de una sociedad
- Modelo biopsicosocial



MODELO BIOPSIICOSOCIAL INTEGRADOR DEL FUNCIONAMIENTO Y LA DISCAPACIDAD





TRABAJANDO PARA USTED

MODELO BIOPSIICOSOCIAL INTEGRADOR DEL FUNCIONAMIENTO Y LA DISCAPACIDAD

Usaria: Rosa
Edad: 68 años

SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

- Camino no

Estres familiar

FLUJO GENERAL DEL PROCESO

- **Primera etapa**
Participan: Usuario responsable + colaboradores

RECOPIACIÓN DE
ANTECEDENTES



INGRESO EXPEDIENTE A
PLATAFORMA
[CEROFILAS.GOB.CL](https://cerofilas.gob.cl)



TRABAJANDO PARA USTED

RECOPIACIÓN DE ANTECEDENTES PARA EL EXPEDIENTE DE CALIFICACIÓN

- **RESPONSABLES**

Persona interesada en calificar y certificar su discapacidad o su representante.
Debe contar con clave única para realizar el ingreso de trámite.

- **COLABORADORES**

Profesional(es) involucrados en el proceso de tratamiento, rehabilitación y/o inclusión de las Entidades Calificadoras de Discapacidad o instituciones colaboradoras.





TRABAJANDO PARA USTED

RECOPILACIÓN DE ANTECEDENTES PARA EL EXPEDIENTE DE CALIFICACIÓN

- **Proceso por el cual se recopilan los antecedentes biomédicos, funcionales, sociales, de redes de apoyo y desempeño de la persona. Esta información estará contenida en tres informes obligatorios y en exámenes e informes complementarios asociados a la condición de salud.**

(MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA LA CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD)



- **IMPORTANTE:** Todos los informes obligatorios (Informe Biomédico Funcional, Informe Social y Redes de Apoyo, IVADEC) deben venir con fecha de emisión, timbre (del profesional o establecimiento) y firma del profesional que lo emite.

RECOPIACIÓN DE ANTECEDENTES PARA EL EXPEDIENTE DE CALIFICACIÓN



Informe Biomédico Funcional
 "Se refiere al examen y examen por un profesional de salud y educación, según corresponde. Toda información de carácter confidencial"

1. Datos de identificación del consultado:

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____ Fecha-hora: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Correo electrónico: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Celular: _____

2. Datos de identificación del consultante:

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____ Fecha-hora: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Correo electrónico: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Celular: _____

3. Datos de identificación del responsable:

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____ Fecha-hora: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Correo electrónico: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Celular: _____

4. Datos de identificación del responsable:

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____ Fecha-hora: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Correo electrónico: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Celular: _____

Informe Social y de Redes de Apoyo (ISRA)
 "Toda la información de carácter confidencial"

1. Datos de identificación del consultado:

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____ Fecha-hora: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Correo electrónico: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Celular: _____

2. Datos de identificación del consultante:

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____ Fecha-hora: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Correo electrónico: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Celular: _____

3. Datos de identificación del responsable:

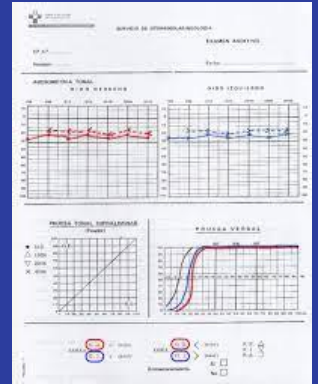
Apellido: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____ Fecha-hora: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Correo electrónico: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Celular: _____

4. Datos de identificación del responsable:

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____ Fecha-hora: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Correo electrónico: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Celular: _____

Informe de Desempeño (IVADEC)

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	VALOR
1.1	1.1.1	1.1.1.1
1.1	1.1.2	1.1.2.1
1.1	1.1.3	1.1.3.1
1.1	1.1.4	1.1.4.1
1.1	1.1.5	1.1.5.1
1.1	1.1.6	1.1.6.1
1.1	1.1.7	1.1.7.1
1.1	1.1.8	1.1.8.1
1.1	1.1.9	1.1.9.1
1.1	1.1.10	1.1.10.1
1.1	1.1.11	1.1.11.1
1.1	1.1.12	1.1.12.1
1.1	1.1.13	1.1.13.1
1.1	1.1.14	1.1.14.1
1.1	1.1.15	1.1.15.1
1.1	1.1.16	1.1.16.1
1.1	1.1.17	1.1.17.1
1.1	1.1.18	1.1.18.1
1.1	1.1.19	1.1.19.1
1.1	1.1.20	1.1.20.1
1.1	1.1.21	1.1.21.1
1.1	1.1.22	1.1.22.1
1.1	1.1.23	1.1.23.1
1.1	1.1.24	1.1.24.1
1.1	1.1.25	1.1.25.1
1.1	1.1.26	1.1.26.1
1.1	1.1.27	1.1.27.1
1.1	1.1.28	1.1.28.1
1.1	1.1.29	1.1.29.1
1.1	1.1.30	1.1.30.1
1.1	1.1.31	1.1.31.1
1.1	1.1.32	1.1.32.1
1.1	1.1.33	1.1.33.1
1.1	1.1.34	1.1.34.1
1.1	1.1.35	1.1.35.1
1.1	1.1.36	1.1.36.1
1.1	1.1.37	1.1.37.1
1.1	1.1.38	1.1.38.1
1.1	1.1.39	1.1.39.1
1.1	1.1.40	1.1.40.1
1.1	1.1.41	1.1.41.1
1.1	1.1.42	1.1.42.1
1.1	1.1.43	1.1.43.1
1.1	1.1.44	1.1.44.1
1.1	1.1.45	1.1.45.1
1.1	1.1.46	1.1.46.1
1.1	1.1.47	1.1.47.1
1.1	1.1.48	1.1.48.1
1.1	1.1.49	1.1.49.1
1.1	1.1.50	1.1.50.1
1.1	1.1.51	1.1.51.1
1.1	1.1.52	1.1.52.1
1.1	1.1.53	1.1.53.1
1.1	1.1.54	1.1.54.1
1.1	1.1.55	1.1.55.1
1.1	1.1.56	1.1.56.1
1.1	1.1.57	1.1.57.1
1.1	1.1.58	1.1.58.1
1.1	1.1.59	1.1.59.1
1.1	1.1.60	1.1.60.1
1.1	1.1.61	1.1.61.1
1.1	1.1.62	1.1.62.1
1.1	1.1.63	1.1.63.1
1.1	1.1.64	1.1.64.1
1.1	1.1.65	1.1.65.1
1.1	1.1.66	1.1.66.1
1.1	1.1.67	1.1.67.1
1.1	1.1.68	1.1.68.1
1.1	1.1.69	1.1.69.1
1.1	1.1.70	1.1.70.1
1.1	1.1.71	1.1.71.1
1.1	1.1.72	1.1.72.1
1.1	1.1.73	1.1.73.1
1.1	1.1.74	1.1.74.1
1.1	1.1.75	1.1.75.1
1.1	1.1.76	1.1.76.1
1.1	1.1.77	1.1.77.1
1.1	1.1.78	1.1.78.1
1.1	1.1.79	1.1.79.1
1.1	1.1.80	1.1.80.1
1.1	1.1.81	1.1.81.1
1.1	1.1.82	1.1.82.1
1.1	1.1.83	1.1.83.1
1.1	1.1.84	1.1.84.1
1.1	1.1.85	1.1.85.1
1.1	1.1.86	1.1.86.1
1.1	1.1.87	1.1.87.1
1.1	1.1.88	1.1.88.1
1.1	1.1.89	1.1.89.1
1.1	1.1.90	1.1.90.1
1.1	1.1.91	1.1.91.1
1.1	1.1.92	1.1.92.1
1.1	1.1.93	1.1.93.1
1.1	1.1.94	1.1.94.1
1.1	1.1.95	1.1.95.1
1.1	1.1.96	1.1.96.1
1.1	1.1.97	1.1.97.1
1.1	1.1.98	1.1.98.1
1.1	1.1.99	1.1.99.1
1.1	1.1.100	1.1.100.1



VIGENCIA MÁXIMA 12 MESES DESDE QUE SE REALIZÓ

OBLIGATORIOS



TRABAJANDO PARA USTED

INGRESO A LA PLATAFORMA

<https://compin.cerofilas.gob.cl/>

Trámites destacados

Certificación de Discapacidad

Recuerda que debes seleccionar tu Región y subcomisión para iniciar el trámite. Es muy importante leer y seguir cada paso para hacer correctamente el proceso.

Iniciar



REGIÓN DEL BIOBIO

Certificación de Discapacidad

Acá podrás ingresar tus datos o los del usuario que estás representando. Es muy importante leer y seguir cada paso para hacer correctamente el proceso.

Iniciar Trámite



SUBCOMISIÓN CONCEPCIÓN-TALCAHUANO

Certificación de Discapacidad

Recuerda que debes seleccionar tu Región y subcomisión para iniciar el trámite. Es muy importante leer y seguir cada paso para hacer correctamente el proceso.

Iniciar Trámite



Trámites disponibles

Bandeja de Entrada (1)

Historial de Trámites

Formulario de Solicitud Certificación de Discapacidad - Subcomisión Concepción-Talcahuano

Bienvenidos al nuevo sistema de Certificación de Discapacidad

- Acá podrás ingresar todos los datos obligatorios para iniciar el trámite.
- Es muy importante leer y seguir cada paso para hacer correctamente el proceso.
- Para continuar es **indispensable** indicar quién iniciará el trámite.

Quién ingresará la solicitud

Seleccionar

Continuar trámite como Usuario

Continuar trámite como Representante o Cuidador

Continuar trámite como Funcionario Compin

Iniciativa de:



Quién ingresará la solicitud

Seleccionar

Perfil de usuario

Módulo (selecciona el módulo)

País de origen (OTI)

Región

Página de inicio

Correo

Dirección particular (Calle N°, Depto. etc)

Dirección de certificación

Número de usuario (Módulo 16000)

Confirmación de Envío de Formulario

¿Estás seguro de enviar la solicitud a Compin para su evaluación? Ante cualquier duda estarás en contacto contigo vía correo electrónico y/o teléfono.

Volver **Enviar Formulario**



Datos de identidad

Subir archivo

Documento en formato PDF (PDF, PNG) (Tamaño máximo 20MB)

Información Personal

Subir archivo

Documento en formato PDF (Tamaño máximo 20MB)

Información Social y de Redes de Apoyo

Subir archivo

Documento en formato PDF (Tamaño máximo 20MB)

¿Adaptar información de discapacidad? (Opcional)

Seleccionar

¿Debes agregar información complementaria? (Opcional)

Seleccionar

Volver **Enviar**

ID: 30569365





TRABAJANDO PARA USTED

REVISIÓN SOLICITUD



PASA REVISIÓN
DE SOLICITUD

ENVÍO
COMPROBANTE
DE SOLICITUD DE
INGRESO

PASA
A PROPUESTA
DE
CALIFICACION

¡Se envía correo
electrónico ingresado
previamente!

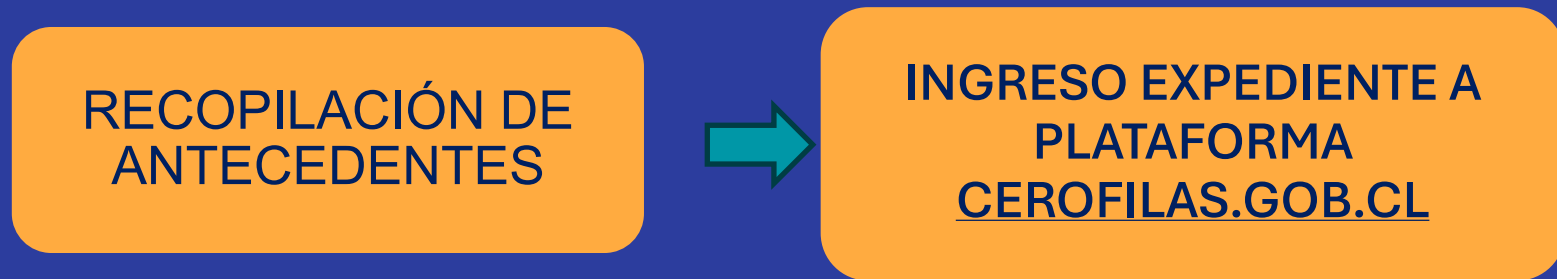


NO PASA
REVISIÓN DE
SOLICITUD

ENVÍO TRÁMITE
A CORRECCIÓN
AL SOLICITANTE

SOLICITANTE
MODIFICA
INFORMACIÓN

FLUJOGRAMA DEL PROCESO



- **2. Segunda etapa**

Participan: Instituciones responsables de la Certificación de discapacidad e Inscripción en Registro Nacional de Discapacidad



*Función exclusiva COMPIN

*Función exclusiva Reg. Civil



TRABAJANDO PARA USTED

CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

- **Procedimiento por el cual se evalúa y valora el desempeño funcional de la persona, considerando su condición de salud y la interacción con las barreras del entorno. La evaluación debe ser biopsicosocial y por un equipo multidisciplinario.**



Informe Biomédico
Funcional

- ✓ Médico general o especialista
- ✓ Kinesióloga/o
- ✓ Fonoaudióloga/o
- ✓ Terapeuta ocupacional
- ✓ Psicóloga/o@

Informe Social y
Redes de Apoyo

- ✓ Trabajador social
 - ✓ Asistente social
- Debe venir adjunto un certificado firmado por médico que avale los diagnósticos

IVADEC

Profesional
Capacitado y
Habilitado en
el Registro
Nacional de
Calificadores
de
Discapacidad

CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Es la determinación de la comisión respecto de la valoración integral del expediente.

Aceptado

- Información y desempeño de usuario no presentan inconsistencias y refleja el funcionamiento en ese momento de la persona que solicitó la calificación de su situación de discapacidad.

Aumentado

- Información y desempeño de usuario presentan inconsistencias y no refleja el funcionamiento actual, expediente global refleja una restricción mayor a la reportada en IVADEC.

Reducido

- Información y desempeño de usuario presentan inconsistencias y no refleja el funcionamiento actual, puede ser por información insuficiente o desactualizada.

Rechazado

- Información y desempeño de usuario **no generan en este momento** una situación de discapacidad o bien, falta alguno de los documentos obligatorios para la solicitud, o usuario no acude a las evaluaciones o peritajes solicitados.

Porcentaje	Grado de Discapacidad
0 - 4 %	sin discapacidad
5% - 24%	discapacidad leve
25% - 49%	discapacidad moderada
50% - 95%	discapacidad severa
96% - 100%	discapacidad profunda



Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

Resolución de Certificación de Discapacidad para inscripción en el Registro Nacional de Discapacitados

VISTOS: La propuesta en el art. 13 de la Ley 20422 de 2010, en el CPD, N° 1 de 2020, del Ministerio de Salud, que por el modo anterior, acreditada y sustentada en el N° 102733716, y en el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y sus DERIVOS aprobados por el D.S. N° 138264.

El/los/s: WILLY YACUANA DIGNETT ORDÓÑEZ.

La solicitud N° 12379306, ha sido aprobada.

Sexo	2020-10-11
Edad	40 años
Nombre	WILLY YACUANA
Apellido	DIGNETT ORDÓÑEZ
Fecha Inicial de Discapacidad	2020-10-11
Grado de Discapacidad	Discapacidad Moderada
Porcentaje de Discapacidad	25 %
Fecha de Reevaluación	31-03-2021

ASÍ, Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

Fecha de Emisión: 14-03-2020 10:36:44 Válido por 30 días hábiles

Código Verificación: 9778242020

Presidencia COMISIÓN MINISTERIO DE SALUD

Origen de Verificación: IVADEC

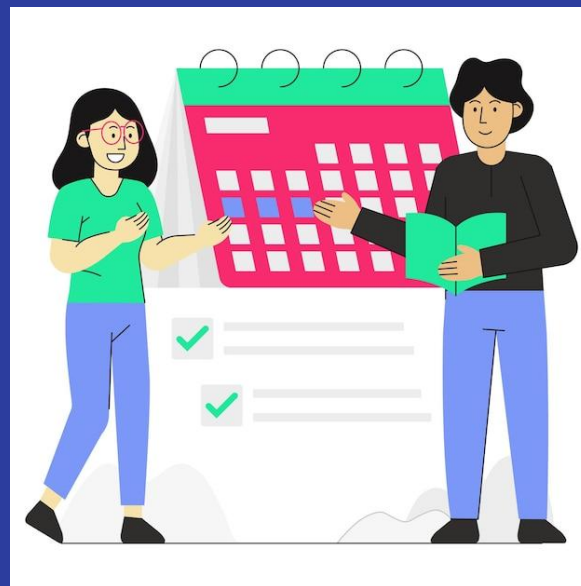
Verifique la autenticidad de este documento en: <https://compra.verifica.gub.cl/>

Willy Yacuna Dignett Ordóñez
Directora Ejecutiva

VIGENCIA DE LA CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

CRITERIOS A CONSIDERAR:

- **EDAD**
- **EVOLUCIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD**
- **PRONÓSTICO**
- **ACCIONES TERAPÉUTICAS EN PROCESO O PENDIENTES, QUE PUDIERAN MEJORAR EL DESEMPEÑO**





Gobierno
de Chile

gob.cl

**TRABAJANDO
PARA USTED**
