



MINISTERIO DE SALUD

**SIS** Seguro Integral de Salud

N°039 - 2014/SIS

## RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 05 FEB 2014

**VISTOS:** El Informe N° 076-2013-SIS/GA-YSV con Proveído N° 621-2013-SIS-GA de la Gerencia del Asegurado, el Informe N° 37-2013/SIS-OGPPDO-UO-BCN con Proveído N° 022-2013-SIS/OGPPDO de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, el Informe N° 011-2014-SIS/OGAJ/EOE con Proveído N° 034-2014-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

### CONSIDERANDO:

Que, el Seguro Integral de Salud (SIS) es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, creado por Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud y considerado conforme al artículo 6° del Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al Fortalecimiento y Cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), encargada de recibir, captar o gestionar fondos para la cobertura de las atenciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud bajo cualquier modalidad;

Que, la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, establece el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento prestación y supervisión del aseguramiento;

Que, de conformidad con lo preceptuado en el inciso h) del artículo 11° del Reglamento de la Ley N° 29344, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud definir el procedimiento de atención al usuario en el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), incluido el proceso de atención de reclamos y quejas;

Que, asimismo, los incisos e) y g) del artículo 11° del precitado Reglamento, establecen que corresponde a las IAFAS definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus derechohabientes a las IPRESS con los cuales haya establecido convenios o contratos en caso de enfermedad o accidente, así como establecer y realizar procedimientos para controlar las prestaciones de salud, en forma eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las IPRESS conforme a las condiciones pactadas;

Que, mediante Resolución de Superintendencia N° 160-2011/SUNASA/CD de fecha 20 de diciembre de 2011, se aprueba el Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS, de aplicación tanto a los usuarios, como a las IAFAS e IPRESS en el marco del AUS, cuyo artículo 7° establece como una de las obligaciones de las IAFAS e IPRESS, contar con un Reglamento de Atención de Reclamos;

Que, de acuerdo al numeral 30.3 del artículo 30° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 011-2011-SA, corresponde a la Gerencia del Asegurado proponer los lineamientos técnicos para la implementación de los procesos de orientación, asistencia al ciudadano y al asegurado y de afiliación, incluyendo la atención de los reclamos y quejas en el ámbito de competencia del SIS, a través de los centros de atención al asegurado desconcentrados;



S. HURTADO C.



P. Grillo



Y. Hernández R.



Z. Zebetti



C. AGUIRRE



Que, mediante el documento de vistos, la Gerencia del Asegurado, en coordinación y con los aportes y opinión técnica de las distintas unidades orgánicas del SIS relacionadas con su propuesta, formula un Proyecto de Reglamento para la Atención de Reclamos de los Usuarios del Seguro Integral de Salud, el cual tiene por finalidad contar con un marco normativo que permita estandarizar el procedimiento de atención de reclamos relacionados con la atención de salud de los usuarios del SIS, a ser aplicada de manera obligatoria a nivel nacional;



Que, en tal sentido, resulta necesario dotar a los usuarios de una norma que instrumentalice el mecanismo que garantice su acceso y el cumplimiento del plan de cobertura, así como sus derechos y beneficios, y contando con el visto bueno de la Secretaría General, de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones, de la Gerencia de Negocios y Financiamiento, de la Oficina General de Tecnología de la Información, de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional y de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad a lo establecido en el numeral 11.8 del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA;

**SE RESUELVE:**

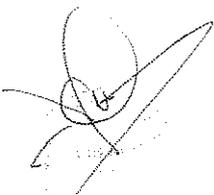
**Artículo 1°.-** Aprobar el "Reglamento para la Atención de Reclamos de los Usuarios del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** Encargar a la Gerencia del Asegurado, la implementación y ejecución de las disposiciones establecidas en el Reglamento aprobado mediante la presente Resolución.

**Artículo 3°.-** Disponer que la Secretaría General efectúe la publicación de la presente Resolución, en el Diario Oficial "El Peruano", y en coordinación con la Oficina General de Tecnología de la Información, publique la presente Resolución, así como el Reglamento y Anexos aprobados, en el Portal Institucional del Seguro Integral de Salud.

**Regístrese, Comuníquese y Publíquese;**

**PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS**  
Jefe del Seguro Integral de Salud





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ  
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

**MINISTERIO DE SALUD**  
**SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

**REGLAMENTO**  
**PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS DE LOS USUARIOS**  
**DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS**

**FEBRERO 2014**

Página 1 de 27



T.Salazar: A



## REGLAMENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS DE LOS USUARIOS DEL SIS

### TÍTULO I

#### DISPOSICIONES GENERALES

##### Artículo 1°.- Finalidad

Contar con un marco normativo que permita estandarizar el procedimiento de atención de reclamos del Seguro Integral de Salud (SIS).

##### Artículo 2°.- Objetivo

Establecer las disposiciones para la atención de reclamos relacionados con la atención de salud de los usuarios del Seguro Integral de Salud, de tal manera que se fomente una cultura de atención a los usuarios en general.

##### Artículo 3°.- Ámbito de Aplicación

El presente reglamento es de aplicación obligatoria en todas las unidades orgánicas y unidades desconcentradas regionales a nivel nacional, canales de atención competentes para recibir reclamos, usuarios IPRESS a nivel nacional y las IAFAS que se relacionan con el SIS en el marco de un convenio y/o contrato de cobertura de seguros de salud.

##### Artículo 4°.- Base Legal

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud
- Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiados y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor
- Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al Fortalecimiento y Cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud
- Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD, que aprueba el "Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS"





- Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD, que aprueba el "Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS"
- Resolución Jefatural N° 090-2011-SIS, que aprueba la Directiva N° 001-2011-SIS/OIE que establece la Norma para el uso de Correo Electrónico Institucional

## Artículo 5°.- Acrónimos y Definiciones

### 5.1 Acrónimos:

- AUS Aseguramiento Universal de Salud
- CAA Centro de Atención al Asegurado
- DNI Documento Nacional de Identidad
- GA Gerencia del Asegurado
- FRS Ficha de Reclamo en Salud
- IAFAS Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
- EESS Establecimiento de Salud
- INFOSALUD Canal de atención que pertenece a la Defensoría de la Salud y Transparencia donde el SIS cuenta con un personal para la absolución de reclamos o consultas en línea
- IPRESS Institución Prestadora de Servicios de Salud
- MAC Mejor Atención al Ciudadano en donde el SIS cuenta con personal para la atención al ciudadano
- MINSA Ministerio de Salud
- MYPES Micro y pequeña empresa
- RENAES Registro Nacional de Establecimientos de Salud
- SIS Seguro Integral de Salud
- RUC Régimen Unico del Contribuyente
- UDR Unidad Desconcentrada Regional
- GMR Gerencia Macrorregional

### 5.2 Definiciones

- Admisibilidad:** Es el proceso por el cual se realiza la verificación de los requisitos establecidos por la presentación de los Reclamos presentados ante el SIS.
- Asegurado:** Toda persona que se encuentra afiliada o inscrita en el SIS, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.
- Canales de Atención:** Están conformados por INFOSALUD, MAC, CAA, las UDRs a nivel nacional y otros que puedan generarse cuya finalidad sea brindar atención u orientación a los usuarios.
- Código de Registro de Reclamo:** Es el código conformado por Código de IAFAS o IPRESS que reporta, fecha de presentación de reclamo, número correlativo de reclamo y correlativo de causa específica.



- e) **Expediente de reclamo:** Estará conformado por el Código de Registro de Reclamo.
- f) **Ficha de reclamo en salud:** Es el documento de naturaleza física o virtual provisto por el SIS según formato estandarizado de la Superintendencia Nacional de Salud, en el cual los usuarios podrán registrar sus reclamos. La FRS tendrá el carácter de Declaración Jurada siempre que se encuentre suscrito por la persona que interpone el reclamo.
- g) **Formas de presentación:**
- Presentación Verbal (en persona)
  - Presentación Telefónica
  - Presentación escrita o por carta
  - Presentación por vía web
- h) **Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud:** Son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciben, captan y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.
- i) **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:** Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.
- j) **Número correlativo:** Es el número que se asigna a cada reclamo el cual es proporcionado al usuario al momento de su presentación para el seguimiento respectivo.
- k) **Queja Tuitiva:** Manifestación verbal o escrita por la que el usuario se dirige a la Superintendencia Nacional de Salud en Instancia de Queja, ante la negativa de las IAFAS SIS en la atención de su reclamo o cuando considera que existen irregularidades en su tramitación, o ante su disconformidad con el resultado del reclamo. En ningún caso la Queja Tuitiva da lugar a indemnización por los daños o perjuicios que hayan podido causar las IAFAS o IPRESS, quedando a salvo el derecho del usuario de acudir a los medios alternativos de solución de controversias que brinda el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, o a la vía judicial, cuando corresponda.
- l) **Reclamo:** Manifestación verbal o escrita por la insatisfacción del usuario por el incumplimiento de la cobertura prestacional financiada por la IAFAS SIS de acuerdo con lo estipulado en el respectivo Plan de Beneficios o cuando existe irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio de salud de acuerdo con lo estipulado en el plan de cobertura prestacional o convenio suscrito en el marco de la normatividad vigente o cuando se vulnere el derecho de toda persona a la seguridad social en salud, o las garantías explícitas en salud establecidas en el marco del AUS, a fin de buscar una solución directa.
- II) **Reclamante:** Persona que interpone un reclamo.
- m) **Representante:** Persona natural no asegurada al SIS, que actúa en lugar del asegurado o no y que realiza la presentación de algún reclamo, brindando los





requisitos mínimos de admisibilidad. Se considera también cualquier institución u otro que brinde los requisitos mínimos de admisibilidad. En caso de ser un reclamo presentado por el Representante, deberá consignar los datos de la persona asegurada por la cual formaliza el reclamo. En el caso de la MYPES se consignará la Razón Social de la persona jurídica.

- n) **Superintendencia Nacional de Salud:** Organismo Público Técnico Especializado, adscrito al Ministerio de Salud, que constituye para efectos del presente Reglamento, Instancia de Queja acorde con lo dispuesto en el artículo 113° del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- ñ) **Tipos de asegurados:** Para el presente reglamento, se considerará como tipos de asegurados a los Afiliados y a los Inscritos.
- o) **Usuario:** Toda persona residente en el país que se encuentre bajo la cobertura financiera de SIS o que en el marco de un convenio y/o contrato se relacionan con el SIS. Se considera al asegurado y al representante.

#### Artículo 6°.- Principios

Principios a aplicar en la atención del asegurado y usuarios en general:

- a) **Principio Pro Usuario.-** En caso de duda sobre el sentido de las normas, alcance de los planes o convenios de aseguramiento, así como respecto a los hechos que importen vulneración de los derechos de los asegurados y a las garantías explícitas en salud establecidas en el marco del AUS, el SIS y las unidades prestadoras de servicios de salud deberán propender a la protección del usuario.
- b) **Principio de Transparencia.-** La IAFAS SIS y las unidades prestadoras de servicios de salud deben generar a los usuarios la plena accesibilidad a la información sobre las coberturas prestacionales o servicios que ofrecen. La información brindada debe ser sencilla, veraz, oportuna y apropiada conforme a las normas de la materia.
- c) **Principio de Corrección de la Asimetría.-** Las disposiciones del presente Reglamento se orientan a corregir las malas prácticas generadas por la asimetría informativa, así como la situación de desequilibrio entre proveedores y usuarios, en la contratación o en cualquier otra situación de desventaja.
- d) **Principio de Informalismo.-** Las disposiciones que regulan la atención de reclamos en el SIS, deben ser interpretadas en forma favorable a la admisión y decisión final sobre las pretensiones de los usuarios, con el propósito de que sus derechos e intereses no sean afectados por la exigencia de aspectos formales que puedan ser subsanados dentro del procedimiento, siempre que dicha excusa no afecte derechos de terceros, el interés público o contradiga alguna disposición legal.
- e) **Principio de Especialidad Normativa.-** Se considera al "Reglamento de Atención de los Reclamos" como la norma especial supletoria para la atención de Reclamos de los usuarios de las IAFAS y unidades prestadoras de servicios de salud, con quienes tiene contrato o convenio el SIS, siendo sus disposiciones de cumplimiento obligatorio,



- asimismo, el Código de Protección y Defensa del Consumidor aprobado por Ley N° 29571 será de aplicación supletoria.
- f) **Principio de Primacía de la Realidad.-** En el procedimiento de atención de los reclamos o consultas se considerarán las conductas, así como las situaciones y relaciones contractuales o económicas que efectivamente se realicen, persigan o establezcan.
- g) **Principio de eficacia.-** Las intervenciones del personal del SIS, tienen por finalidad resolver los reclamos o consultas, que lleguen a su conocimiento y que sean de competencia directa de la IAFAS SIS, debiendo dar respuesta al usuario por la vía solicitada, garantizando el ejercicio de los derechos de la persona, la familia y comunidad. En el caso de que el reclamo o la consulta, sea de responsabilidad compartida entre la IAFAS SIS y la unidad prestadora de servicios de salud y aquellos determinados por norma, se procederá al monitoreo y seguimiento del mismo según corresponda.
- h) **Principio de irreversibilidad.-** Los derechos adquiridos previamente al proceso de AUS y durante el mismo no deben sufrir ningún menoscabo como consecuencia de algún proceso posterior.

## TÍTULO II

### PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS

#### Artículo 7°.- Etapas del Procedimiento de Reclamo

##### 7.1 Presentación y Registro

- a) Todo usuario tiene derecho a interponer su reclamo, de manera directa o a través de un representante acreditado, cuando considera que existe incumplimiento de la cobertura prestacional financiada por la IAFAS SIS, de acuerdo con lo estipulado en el respectivo Plan de Beneficios o irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio de salud de acuerdo con lo estipulado en el plan de cobertura prestacional o convenio suscrito en el marco de la normatividad vigente o se vulnera el derecho de toda persona a la seguridad social en salud, o las garantías explícitas en salud establecidas en el marco del AUS, a fin de buscar una solución oportuna al reclamo presentado.
- b) Los reclamos serán presentados por los usuarios ante los Canales de Atención del SIS o quien haga sus veces, a través de una Ficha de Reclamo en Salud (Anexo N° 1) en la cual se consignará la forma de admisión: verbal, telefónica, escrita y vía web.
- c) El plazo para la interposición de reclamos por parte de los usuarios es de treinta (30) días hábiles de ocurridos los hechos que motivan el reclamo. En caso de impedimento material, dicho plazo empezará a computarse a partir de la





superación del impedimento, debiendo sustentarse al momento de la presentación del reclamo.

- d) Los reclamos realizados mediante comunicación escrita (carta, solicitud, otros), serán presentados ante trámite documentario o quien haga sus veces en los Órganos y Unidades Desconcentradas Regionales. y derivados al área competente.
- e) En caso de omisión, cumplimiento defectuoso y/o incumplimiento de los requisitos señalados en el literal b) del numeral 7.2 del presente Reglamento, que no puedan ser corregidos de oficio, se solicitará la respectiva subsanación inmediata. En caso de que no sea posible realizarse de manera inmediata, se otorgará cuatro (04) días hábiles para la subsanación de los mismos.
- f) Si la presentación del reclamo se produce de manera verbal, se solicitará al usuario que realice el llenado de la FRS. En los casos de discapacidad del usuario, el funcionario responsable realizará el llenado del respectivo formato, consignando: "se redacta la presente con autorización del usuario".
- g) Una vez llenada la FRS, se le asignará un número correlativo a fin de que pueda realizarse el seguimiento respectivo a través de la vía telefónica o del internet. La FRS deberá contener la firma y huella digital del usuario, cuando haya sido llenado por éste, y la firma de la persona que receptiona el reclamo.
- h) Si la presentación del reclamo se produce por vía telefónica, se le indicará al usuario que su conversación podrá ser grabada y paralelamente a la recepción del mismo y con la autorización del asegurado se generará una FRS, indicándole el número de correlativo correspondiente, a fin de que pueda realizar el seguimiento respectivo a través de la vía telefónica o del internet.
- i) Los reclamos presentados por escrito en los cuales se consigne el término "reclamo" se les deberá aperturar una FRS adjunta al documento con un número correlativo asignado, dado que ya existe voluntad expresa de dicha manifestación y constituyen reclamos formalizados.
- j) Los reclamos que se presenten vía web serán presentados en formato amigable que cumpla con los requisitos mínimos de una FRS y se creará un correlativo del reclamo el cual será remitido a través del medio de comunicación más factible al asegurado.

## 7.2 Admisión

- a) La instancia competente para la admisión deberá verificar el cumplimiento de los requisitos específicos establecidos para la presentación del reclamo.
- b) Todo reclamo deberá contar como mínimo con los siguientes requisitos:
  - Nombre del establecimiento y detalle del origen donde ocurre el hecho que genera el reclamo.





- Nombres y apellidos completos del usuario o quien realiza el reclamo. En el caso de ser el Representante quien interponga el reclamo, se deberá consignar obligatoriamente los datos del asegurado.
  - Tipo de asegurado: afiliado o inscrito de acuerdo a norma.
  - Número del documento de identidad o carnet de extranjería del reclamante o del asegurado. Este requisito deberá ser cumplido en todas las formas de presentación del reclamo, excepto en el caso de que el tipo de asegurado sea inscrito.
  - Fecha de nacimiento y sexo.
  - Teléfono (opcional)
  - Dirección o domicilio real
  - Fecha de ocurrencia del evento que genera el reclamo.
  - Fecha de presentación del reclamo.
  - Detalles del reclamo.
- c) En caso de que el usuario no proporcione de manera adecuada la información mínima requerida se aplicará lo dispuesto en el numeral 7.1 inciso e) del presente Reglamento.
- d) Una vez admitido el reclamo, se realizará la asignación de un número correlativo de acuerdo a lo indicado en el literal g) del numeral 7.1 del presente Reglamento; el cual será proporcionado al usuario para su respectivo seguimiento y se procederá a la respectiva clasificación de causa de reclamos considerando la Tabla de clasificación de causas de reclamos establecida por la SUNASA (Anexo N° 04).
- e) La presentación y admisión del reclamo generará un Expediente de Reclamo el cual será identificado con el Código del Registro de Reclamo (Código de IAFAS SIS, fecha de presentación de reclamo, número correlativo de reclamo y correlativo de causa específica), y contendrá las actuaciones que sustenten las etapas del procedimiento de atención del reclamo.
- f) En los casos en que se presente más de un reclamo en los que coincidan: el sujeto del reclamo, el establecimiento, la causa específica y la fecha de ocurrencia, el SIS deberá acumularlos en el expediente de mayor antigüedad, que diera lugar al inicio del procedimiento de atención del reclamo, en la etapa en que se encuentre comunicando de oficio dicha situación a los interesados.
- g) Cuando un mismo reclamo contenga más de una causa específica, cada una de ellas deberá ser clasificada debiendo conservar el Código de Registro de Reclamos, excepto el último dígito que identificará el número de causas que se originan de un mismo evento.





- h) En ningún caso se podrá negar la admisión de un reclamo por no estar acompañado de pruebas y/o peritajes técnicos que lo sustenten.
- i) La instancia que realice la admisión del reclamo deberá informar que los usuarios podrán apersonarse a la Superintendencia Nacional de Salud a presentar una Queja Tuitiva ante:
- La negativa injustificada de la IAFAS o la IPRESS de admitir un reclamo en salud.
  - Irregularidades en la tramitación del reclamo en salud.
  - Disconformidad con el resultado final del reclamo.
- j) Las declaraciones de inadmisibilidad serán comunicadas al usuario por el medio de notificación que haya sido requerido. Si la omisión, cumplimiento defectuoso y/o incumplimiento hacen imposible la notificación, la información sobre la inadmisibilidad estará a disposición durante el plazo máximo establecido para la atención del reclamo según la Superintendencia Nacional de Salud, posteriormente se procederá a archivar el reclamo. De solicitar el usuario información sobre su reclamo, se proporcionará la información de acuerdo con las disposiciones de archivo de la institución.

### 7.3 Instancia Competente del reclamo

- a) Una vez presentado el reclamo, se procederá a determinar la competencia de acuerdo a lo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud (según Anexo N° 03), previa evaluación del canal de atención y de acuerdo a los plazos establecidos en el "Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS", aprobado mediante Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD, y a la distancia correspondiente, bajo responsabilidad, sin perjuicio de lo establecido en el inciso h) del artículo 11° del Reglamento de la Ley N°29344.
- b) El traslado del reclamo deberá ser comunicado por el medio solicitado al usuario y reportados en los consolidados respectivos. No obstante, el cumplimiento de las disposiciones sobre la generación del expediente y registro son de competencia del lugar al que fue trasladado el reclamo.
- c) Si el funcionario que recepciona el reclamo es competente para solucionar el reclamo respectivo, se dará respuesta al usuario, de ser posible, de forma inmediata siempre y cuando el reclamo haya sido presentado verbalmente o telefónicamente.
- d) Los reclamos cuya competencia correspondan ser atendidos por el SIS serán evaluados y trasladados a los órganos o unidades funcionales de la Institución respectivamente cuando no puedan ser emitida una respuesta inmediata conforme a lo indicado en el numeral anterior.
- e) Cuando se determine, de acuerdo a lo evaluado por el respectivo canal de atención y tomando en cuenta la normatividad vigente, que el reclamo presentado





corresponda ser atendido por otra IAFAS u IPRESS relacionadas con el SIS, éste será trasladado en un plazo no mayor de 2 días hábiles desde la presentación del mismo y/o de acuerdo al término de la distancia, declinando competencia bajo responsabilidad. En el mismo plazo, el órgano a cargo de realizar el traslado del expediente remitirá al usuario una comunicación indicando la instancia administrativa a la que ha sido derivada su reclamo.

- f) Paralelamente, cuando corresponda, se pondrá de conocimiento a la UDR o GMR respectiva, con la finalidad de que se realice el monitoreo de la tramitación del reclamo de su jurisdicción hasta la respectiva respuesta.
- g) Una vez recepcionado el reclamo por la instancia a la cual fue trasladada, comenzará a correr el plazo de solución del reclamo.
- h) La instancia a la que fue derivado el reclamo elaborará la investigación sumaria a la que se refiere el numeral 7.4.

#### 7.4 Investigación Sumaria

- a) Esta etapa se inicia luego de admitido el reclamo y consiste en efectuar las diligencias necesarias para la dilucidación de los hechos que generaron la insatisfacción del usuario. La duración de la Investigación Sumaria dependerá del grado de complejidad del reclamo y no podrán exceder en su conjunto del plazo máximo establecido por norma para la atención de los reclamos.
- b) Dependiendo de la necesidad o complejidad del caso, se podrán practicar las siguientes actuaciones:
  - Recabo de pruebas documentales y/o testimoniales.
  - Recabo de pericias y/o auditoría de caso.
- c) Audiencia de pruebas para la exhibición de documentos, declaración de testigos y/o presentación del informe de peritos o de la auditoría de caso.
- d) El SIS podrá citar al reclamante para que se ratifique en su reclamo, así como a los testigos y/o peritos designados, para que presten su declaración o informe respectivo, cuando el caso lo amerite.  
La negativa injustificada del reclamante o su representante de asistir a dicha citación, podrá ser tomada como elemento de juicio al momento de resolver, para cuyo efecto deberá documentarse con las notificaciones y actas de reunión.
- e) El SIS podrá nombrar peritos de oficio o a pedido del usuario, cuando estime que la apreciación de los hechos requiere de conocimientos especiales para el mejor esclarecimiento de una o más materias controvertidas del reclamo. Los honorarios de los peritos, serán asumidos por el SIS o en forma solidaria conjuntamente con las IPRESS o IAFAS relacionadas con el SIS, según corresponda.
- f) En los casos en que el reclamo necesite opinión de otro Organismo del SIS (Oficina General o Gerencia), el personal o directivo responsable solicitará por el medio más idóneo y en el plazo de un (01) día de recibido el reclamo, la respectiva opinión técnica la cual formará parte de la investigación sumaria. La opinión técnica solicitada deberá ser emitida, bajo responsabilidad, en un plazo no menor



de un (01) día hábil y no mayor de cuatro (04) días hábiles, debiendo consignar en el requerimiento de opinión técnica el plazo otorgado.

- g) Todas las actuaciones que se realicen durante el trámite del reclamo deben constar en el Expediente de Reclamo que se haya generado. Las actuaciones que no sean documentadas, deberán constar en informes y actas suscritas por el personal o directivo responsable del trámite.

## 7.5 Resultado del Reclamo

- a) Concluida la Investigación Sumaria se elaborará un Informe de Resultado de Reclamo en el que se consignará la siguiente información:
- Descripción de los hechos que sustentan el reclamo del usuario
  - Exposición de las diligencias efectuadas para la dilucidación de los hechos
  - Análisis de los hechos
  - Resultado del reclamo, donde se declarará el reclamo como: fundado, infundado o improcedente, según corresponda.
- b) Cuando un reclamo sea declarado fundado, deberá contener además:
- Acciones ejecutadas o que adoptará para dar solución al reclamo.
  - Medidas correctivas que se aplicarán con el propósito de mejorar los procesos.
  - Mecanismo de devolución de pagos, cuando corresponda.
- c) Cuando un reclamo contenga más de una causa específica se elaborará un solo Informe de Resultado de Reclamo, dentro del plazo que corresponda a la causa de mayor complejidad, según la clasificación brindada por SUNASA. En dicho Informe se efectuará un pronunciamiento sustentado por cada una de las causas materia de reclamo.
- d) Cuando un reclamo contenga más de una causa específica y estas puedan resolverse por separado, se podrá emitir Informes de Resultado Parcial respecto de alguna de ellas, debiendo consignarse expresamente esta situación en el acápite de resultado del informe.
- e) Cuando un reclamo concluya anticipadamente deberá consignarse expresamente esta situación en el acápite de resultado del informe.
- f) Son causales de conclusión anticipada del reclamo las siguientes:
- El desistimiento por escrito del reclamo por parte del usuario o su representante legal, cuando corresponda, con o sin expresión de causa.
  - Acuerdos adoptados como consecuencia de Conciliación o Arbitraje.
  - Transacción extrajudicial.
- g) Cuando el asegurado no esté de acuerdo con el resultado de reclamo podrá solicitar la intervención de la instancia superior con la finalidad de lograr la solución de su reclamo. Esta instancia deberá emitir su pronunciamiento en el plazo de cinco (05) días hábiles contados desde la presentación de la re evaluación mediante un Informe de Resultado de Reclamo.
- h) Cuando un reclamo importe responsabilidad compartida con las IPRESS, el SIS será responsable de consolidar y emitir el Informe de Resultado de Reclamo, sin que ello implique exención de responsabilidad.





- i) El Informe de Resultado de Reclamo incluirá como último párrafo en su parte resolutive lo siguiente:  
*"De no estar de acuerdo, en todo o en parte, con el presente Informe de Resultado de Reclamo, el usuario puede acudir en Instancia de Queja ante la Superintendencia Nacional de Salud, en el plazo máximo de treinta (30) días hábiles contados a partir de su notificación, a fin que ésta tome conocimiento de los hechos y disponga las investigaciones, medidas correctivas y/o sanciones aplicables al SIS cuando corresponda. En ningún caso la Queja Tuitiva declarará indemnización a favor del usuario por los daños o perjuicios que hayan podido causarle el SIS, quedando a salvo su derecho de hacerlo valer a través de los medios alternativos de solución de controversias que brinda el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, o en la vía judicial cuando corresponda"*<sup>1</sup>.
- j) En los casos que se presente más de un reclamo en los que coincidan: el sujeto del reclamo, el establecimiento, la causa específica y la fecha de ocurrencia, la IAFAS o IPRESS deberá acumularlos en el expediente de mayor antigüedad, que diera lugar al inicio del procedimiento de atención del reclamo, en la etapa en que se encuentre, comunicando de oficio dicha situación a los interesados. En caso de que un reclamo ya cuente con Informe de resultado de reclamo debidamente notificado, se declarará la improcedencia del nuevo reclamo, comunicando de oficio dicha situación a los interesados.

## 7.6 Notificación de Resultado

- a) El resultado de los reclamos serán notificados al usuario, enviando a su domicilio copia del Informe de Resultado de Reclamo, o a su dirección electrónica, en caso de haberlo solicitado así expresamente.
- b) Adicionalmente el interesado podrá visualizar el Informe correspondiente mediante el uso del Número Correlativo de Reclamo como clave de ingreso, siendo este medio suficiente para acreditar la debida notificación del usuario, siempre que este haya manifestado expresamente su conformidad con el uso de esta vía al momento de la presentación del reclamo. Dicho sistema de información brindará la debida garantía de confidencialidad.
- c) Toda notificación deberá efectuarse a más tardar dentro del plazo de cinco (05) días hábiles a partir de la expedición del acto que se notifique, sin perjuicio de aplicarse un plazo adicional en razón al término de la distancia, cuando corresponda.
- d) Dentro de un (01) día hábil de notificado con la respuesta final, el usuario podrá solicitar la revisión de su reclamo ante la instancia superior competente, debiendo ser remitido el expediente a dicha instancia, con el expediente de reclamo y un informe en el cual se detalle la disconformidad manifestada por el asegurado.

<sup>1</sup> Adaptado del Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS, aprobado mediante RESOLUCION DE SUPERINTENDENCIA N° 160-2011-SUNASA-CD.



A su vez, se remitirá una copia del expediente mediante correo electrónico al área competente.

- e) La Gerencia del Asegurado, es la instancia superior competente para pronunciarse sobre los reclamos resueltos por las unidades desconcentradas a nivel nacional y la Jefatura es la instancia superior competente para resolver los reclamos que fueron atendidos por la Gerencia del Asegurado.
- f) Cuando el usuario no se encuentre conforme con la respuesta emitida en revisión de su reclamo, podrá presentar su queja tuitiva correspondiente a la Superintendencia Nacional de Salud.

### TÍTULO III

#### INFORMACIÓN A REPORTAR

##### Artículo 8°.- Reporte Mensual de Reclamos

- a) El SIS informará mensualmente a la Superintendencia Nacional de Salud, el registro y estado de atención de los reclamos de sus respectivos usuarios de acuerdo a lo establecido en el Formato de Reporte Mensual de Reclamos – SIS (Anexo N° 5).
- b) El reporte de los reclamos a Superintendencia Nacional de Salud deberá realizarse empleando el Código de Registro de Reclamo, cuya estructura considera en forma correlativa los siguientes campos: Campo 1: Código de la IAFAS SIS que reporta, Campo 2: Fecha de presentación de reclamo, Campo 3: Número Correlativo de Reclamo y Campo 15 Correlativo de Causa Específica.
- c) La información reportada corresponderá a los reclamos nuevos y los casos solucionados en el mes informado. Se consideran casos solucionados a los casos que cuentan con la constancia de notificación del Informe de Resultado de Reclamo al usuario o el reporte de rechazo de recepción. La información será enviada, dentro de los plazos, formas y estructura determinados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.
- d) En los casos en que los reclamos que contengan más de una causa específica, cada una de ellas deberá ser clasificada y reportada en forma independiente a la Superintendencia Nacional de Salud debiendo conservar el Código de Registro de Reclamo, excepto el último dígito que identificará el número de causas que se originan de un mismo evento.

### TÍTULO IV

#### RESPONSABILIDADES

##### Artículo 9°.- De las Responsabilidades

- a) La Gerencia del Asegurado es responsable de emitir los instructivos que resulten necesarios para homogenizar el llenado del registro de atenciones con el uso de





los códigos respectivos, así como también los que resulten pertinentes para mejorar y optimizar la atención del público. La Gerencia del Asegurado es la responsable de realizar y remitir mensualmente los reportes de los consolidados de reclamos a la Superintendencia Nacional de Salud y de realizar la evaluación trimestral de los reclamos del SIS.

- b) La Gerencia del Asegurado es el órgano responsable del SIS, de remitir mensualmente a la Superintendencia Nacional de Salud, el registro y estado de atención de los reclamos de los usuarios.
- c) Las GMR y/o UDR serán las responsables de recabar de las IPRESS y las IAFAS relacionadas al SIS, el registro mensual de reclamos presentados, en un plazo no mayor a cinco (05) días calendario de finalizado el periodo que se informa y remitirlas a la Gerencia del Asegurado para su respectiva consolidación.
- d) La Gerencia del Asegurado a través de las GMR o UDR, será responsable de socializar sus resultados con las IPRESS, que brindan prestaciones de servicios de salud a favor de los asegurados del SIS, y con las IAFAS con las que tiene convenio/contrato, haciendo uso del mismo formato utilizado para la remisión de información a la Superintendencia Nacional de Salud.
- e) La Gerencia del Asegurado, deberá conservar el Expediente de Reclamo hasta por un periodo de dos (02) años desde su conclusión. Durante dicho lapso la Superintendencia Nacional de Salud podrá requerir, para efectos de supervisión, copia del mencionado expediente, debiendo ser remitido por el SIS en el plazo de tres (03) días hábiles siguientes a su notificación, más el término de la distancia cuando corresponda.
- f) La Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia aplicará la encuesta de satisfacción y los resultados serán comunicados a la Gerencia del Asegurado para su posterior reporte a la Superintendencia Nacional de Salud.
- g) La Oficina General de Tecnología de la Información es responsable de implementar las herramientas necesarias para la informatización de la información proveniente de reclamos así como para la generación de los reportes mensuales respectivos.
- h) La Gerencia del Asegurado en coordinación con las UDR, dispondrán acciones destinadas a la difusión de la presente directiva dirigidas a las Redes y Micro redes, así como a la población en general.
- i) Las Gerencias Macro Regionales y las UDRs son responsables de la implementación y difusión del presente Reglamento dentro de su jurisdicción así como de la difusión de los derechos y deberes.

#### TITULO IV

#### DISPOSICIONES FINALES

- a) La presentación de reclamos ante el SIS es completamente gratuita.
- b) Los reclamos presentados ante el Libro de Reclamaciones deberán ser tramitados de acuerdo a la normatividad específica establecida.
- c) Todas las dependencias del SIS tienen la obligación de brindar la colaboración oportuna e inmediata cuando ésta sea solicitada considerando los plazos





establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud mediante norma específica.

- d) En tanto se implemente el aplicativo informático de reclamos, las UDRs o GMR del SIS remitirán a la Gerencia del Asegurado, dentro de los 02 primeros días hábiles de cada mes, el consolidado mensual de reclamos tramitados en su jurisdicción bajo su responsabilidad.
- e) La Gerencia del Asegurado elaborará un informe trimestral que consolide la información y el análisis sobre los reclamos a la Jefatura conteniendo las respectivas recomendaciones.
- f) El no contar con los documentos sustentatorios (recibos, boletas, etc.) para la admisión del reclamo no imposibilita la presentación del mismo, debiéndosele indicar claramente al reclamante que durante el transcurso de la investigación puede presentar los mismos.
- g) En caso de que el reclamo sea trasladado a una IPRESS u otra IAFAS, el SIS comunicará inmediatamente la ejecución de este procedimiento al usuario y dará cuenta a la Superintendencia Nacional de Salud en el Reporte Mensual de Reclamos.
- h) Los reclamos que ingresen por el Buzón de sugerencias y que contengan los requisitos mínimos establecidos deberán contar con FRS y ser atendidos según lo establecido en el presente Reglamento. Asimismo, deberán ser reportados en los consolidados mensuales a la Gerencia del Asegurado. El SIS implementará de manera progresiva el aplicativo informático de consulta de expedientes de reclamo para los usuarios en general.



**ANEXO N° 2****INSTRUCTIVO DE LA FICHA DE RECLAMO EN SALUD**

1. Código de IAFAS: Se consignará el código otorgado por la Superintendencia Nacional de Salud a la IAFAS SIS.
2. Número Correlativo: Se registrará el correlativo perteneciente a la UDR correspondiente.
3. Lugar donde ocurre el reclamo: Se consigna el área donde se realizó el reclamo y la IPRESS/EESS donde ocurrió el mismo.
4. Usuario: establecer quien presenta el reclamo: asegurado, inscrito o el representante.
5. Datos personales del asegurado:
  - a) Documento de identidad: se marcará el DNI o el Carnet de extranjería según corresponda y se consignará el N° respectivo. Si es el caso del Recién Nacido que no posea aún su DNI, se consignará el N° de la madre.
  - b) Fecha de nacimiento: se consignará el día, mes y año respectivamente.
  - c) Sexo: Se marcará el sexo del asegurado.
  - d) En los casilleros de primer apellido, segundo apellido y nombres, se consignarán los datos correspondientes.
  - e) Correo electrónico: del asegurado
  - f) Teléfono de contacto del asegurado
  - g) Dirección del asegurado.
6. Datos del Representante o la persona que presenta el reclamo: Se consignarán los datos de la persona que realiza el reclamo, lo cual incluye el número del documento de identidad. Cuando se coloquen los datos del representante siempre deberán consignarse los datos del asegurado.
7. Datos a ser llenados por la IAFAS:
  - a) Tipo de Aseguramiento en Salud: Se registrará el tipo de seguro que presente o si no es asegurado.
  - b) Tipos de régimen: se registrará si corresponde al Régimen Subsidiado, semicontributivo u otro, Esto incluye el componente semisubsidiado.
  - c) Vínculo (en el caso de ser semicontributivo) si es el titular, menor dependiente, derechohabiente u otro.
  - d) RUC del empleador: En el caso que corresponda.
  - e) Código de causa específica: Se consignará el código establecido en el Reglamento General establecido por la Superintendencia Nacional de Salud.
  - f) Causa de reclamo: Se relacionará con el código de causa específica establecido en el Reglamento General establecido por la Superintendencia Nacional de Salud.
  - g) Código de IAFAS que financió la atención: se consignará el código de IAFAS establecido por la Superintendencia Nacional de Salud.
  - h) Código de la IPRESS/RENAES que brindó atención, establecido por la Superintendencia Nacional de Salud.

Reclamo:

- a) Se consignará la fecha de ocurrencia del reclamo: Fecha en la que ocurrió el reclamo.
- b) Fecha y hora de presentación del reclamo: Fecha y hora en la que se realiza el reclamo.



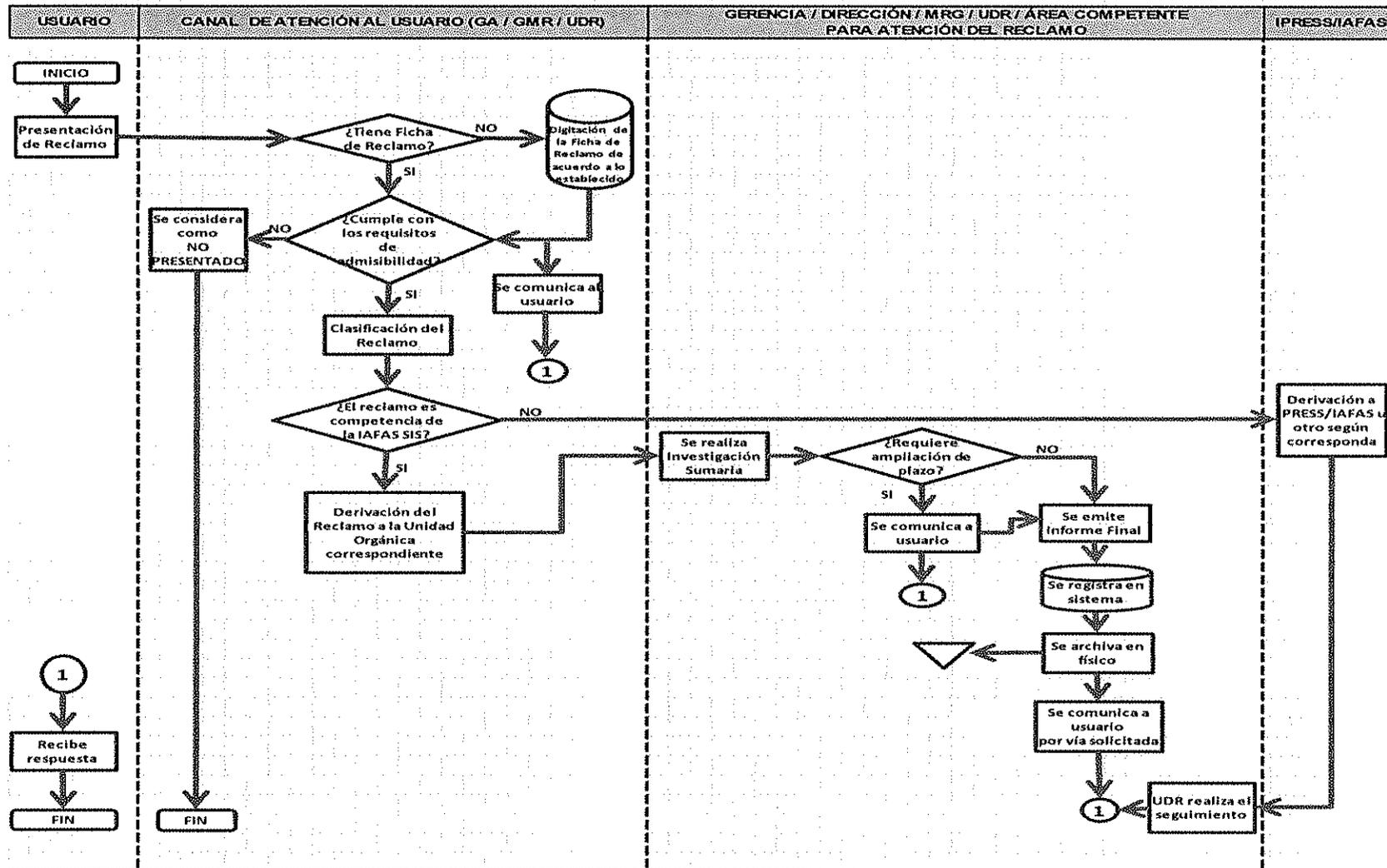


- c) Detalles del reclamo: se registra brevemente las circunstancias en las que ocurrió el reclamo.
- d) Consignar si el motivo por el cual se presentó el reclamo después de los 30 días de plazo y de acuerdo a lo establecido en el presente reglamento.
- e) Establecer la forma de presentación del reclamo: verbal, escrita, telefónica o web.
- f) Documentos que adjunta: Se consigna los documentos que se presentan cuando se realiza el reclamo.
- g) Forma de presentación del reclamo: verbal, escrita, telefónica u otra.
- h) Observaciones: Consignar si existe una observación del reclamo.
- i) Fecha y lugar del traslado del reclamo: Se registra la fecha en la que se trasladó el reclamo, de corresponder.
- j) Deseo que se me notifique: Se consigna el medio por el cual se dará respuesta al reclamo establecido.
- k) Se registra la firma del reclamante, su huella digital y la firma de quien registra el reclamo.



ANEXO N° 3

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS EN EL SIS





ANEXO N°4

TABLA DE CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE RECLAMOS

Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
<b>OPORTUNIDAD</b>						
01	Demora en la entrega de formatos por la IAFAS	01	Demora en emisión de carta de garantía por la IAFAS, cuando corresponda	Generado por falta de información en la solicitud emitida por el proveedor, por la complejidad del caso, por solicitud de informe ampliatorio de parte de la IAFAS cuando ha sido observada o porque no incluía el presupuesto.	5	IAFAS
		02	De la Solicitud de Afiliación	Cuando la IAFAS no ha entregado oportunamente a la empresa o asegurado los formatos de afiliación.	5	IAFAS
		03	Demora en el proceso de afiliación al SIS	Cuando el personal del establecimiento de salud o encargado de <u>afiliación al SIS</u> , se encuentra ausente o demora el proceso.	5	IPRESS
		04	Otros relacionados a la entrega de formatos por la IAFAS	Cuando la IAFAS no ha entregado oportunamente algún otro formato generando demora en la atención.	5	IAFAS
02	Demora en la entrega de formatos en la IPRESS	01	De solicitud de la carta de garantía, cuando corresponda	Cuando la IPRESS no ha entregado oportunamente el formato de solicitud al asegurado y se genera alguna demora que dificulta la atención.	5	IPRESS
		02	Demora en la entrega de la Hoja de Referencia a un establecimiento de mayor complejidad u otra IPRESS	Cuando la IPRESS tiene problemas con entregar este documento que es necesario para que el asegurado reciba tratamiento en un establecimiento de mayor complejidad, generando demora en la atención.	5	IPRESS
		03	Otros relacionados a la entrega de formatos en la IPRESS	Cuando la IPRESS no ha entregado oportunamente algún otro formato generando demora en la atención (recetas, ordenes de laboratorio, formatos del SIS, etc.)	5	IPRESS
03	Demora en la prestación de servicios de salud	01	Demora en la atención de Emergencia	Demora de la atención de una emergencia por demanda del servicio, por falta o demora del personal especializado o insumos de emergencia.	5	IPRESS
		02	Demora en la atención de Consultorio Externo	Demora en la atención de consultorio externo por demanda del servicio, por falta o demora del personal e insumos de consultorio	5	IPRESS
		03	Demora en la Hospitalización	Demora en el ingreso a hospitalización demanda del servicio, por falta o demora del personal encargado e insumos	5	IPRESS
		04	Demora en la realización de exámenes o intervenciones asistenciales	Demora en la realización de exámenes de laboratorio, exámenes diagnósticos, procedimientos o intervenciones asistenciales no quirúrgicos	5	IPRESS
		05	Demora en la intervención quirúrgica	Cuando el asegurado considera que existió demora en la realización de una intervención quirúrgica.	5	IPRESS
		06	Demora en la referencia	Cuando el asegurado considera que existió demora en la referencia o traslado a otro centro o servicio asistencial	5	IPRESS
		07	Otros relacionados a la demora en la prestación de servicios de salud	Otras demoras no clasificadas relacionados a la prestación de servicios de salud.	5	IPRESS

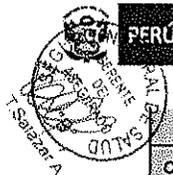


TABLA DE CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE RECLAMOS

Código	Denominación de causa de reclamo	Ítem	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
<b>ACCESIBILIDAD</b>						
04	Deficiencia en la información brindada a través de la IAFAS	01	Por la plataforma de atención o central telefónica de la IAFAS	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, período de espera, exclusiones o preexistencias, entre otros) en plataforma de atención o central telefónica de las IAFAS	5	IAFAS
		02	Durante la difusión del sistema de AUS o del plan de salud.	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, período de espera, exclusiones o preexistencias, etc.) en el área comercial	5	IAFAS
		03	El asegurado no recibió información de los beneficios, coberturas o exclusiones de su plan de salud	El asegurado no recibió información por escrito sobre los beneficios, coberturas, carencias, espera o exclusiones de su plan de salud, al momento de su afiliación. En relación a estas últimas debe precisar las causales que corresponden a situaciones en las cuales el seguro no va operar o dejaría de aplicar, con la precisión que corresponde, de acuerdo con las disposiciones que dicte la Superintendencia Nacional de Salud.	5	IAFAS
		04	El asegurado no recibió información sobre el plazo de vigencia de su Plan de Salud	La IAFAS no precisó la forma de contratación e inicio de cobertura, o no se entregó en forma virtual o física, un ejemplar del plan completo de seguro individual y específico, o el plan de cobertura, al momento de su afiliación.	5	IAFAS
		05	El asegurado no recibió información sobre la condiciones especiales de su Plan de Salud	La IAFAS no precisó los requisitos o condiciones de asegurabilidad, restricciones o condiciones especiales de cobertura; plazos de carencias, deducibles u otras limitaciones de cobertura, al momento de su afiliación.	5	IAFAS
		06	El asegurado no recibió información sobre el procedimiento de solicitud de la atención de salud	La IAFAS no señaló los documentos y declaraciones que se requieran firmar y su importancia al momento de pretender una atención de salud, como por ejemplo declaraciones personales de salud y cuestionarios, conforme a las disposiciones que emanen de la Superintendencia Nacional de Salud.	5	IAFAS
		07	El Plan de Salud no brinda información clara sobre primas, contribuciones y otros aspectos económicos	El plan de salud no señala claramente la prima, contribución, cotización, aporte o precio a pagar, cuando corresponda, por el seguro contratado y su forma de pago, conforme a lo señalado por la Superintendencia Nacional de Salud.	5	IAFAS
		08	Problemas relacionados al lenguaje	La IAFAS no cumplió con brindar atención o información en lenguaje comprensible para el usuario	5	IAFAS
		09	Otros relacionados con la información que brinda la IAFAS	Otro tipo de información brindada por la IAFAS	5	IAFAS
05	Deficiencia en la información, brindada en la IPRESS	01	Por plataforma de atención de IPRESS	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención en plataforma de la IPRESS.	5	IPRESS
		02	Problemas relacionados al lenguaje	La IPRESS no cumplió con brindar atención o información en lenguaje comprensible para el usuario	5	IPRESS
		03	Por otras instancias de la IPRESS	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención en otras instancias de la IPRESS	5	IPRESS
06	Acreditación del asegurado	01	Base de datos de movimiento de afiliación no actualizada por IAFAS	Padrón de asegurados no actualizado, que dificulte el acceso a la atención de salud	5	IAFAS
		02	Error en los datos de afiliación, cobertura y estado del asegurado en la IAFAS	Error en los datos relacionados con las coberturas, exclusiones y preexistencias en el Plan de Salud del asegurado	5	IAFAS
		03	Del DNI o del carné de asegurado cuando corresponda	Cuando la IAFAS no haya actualizado la información del DNI pese a solicitud del usuario o no haya entregado oportunamente el carné a la empresa o al asegurado y esto dificulte el acceso a la atención de salud.	5	IAFAS
		04	Rechazo de la referencia o de cambio de adscripción.	Cuando existe rechazo del formato de referencia, o de cambio de adscripción en el módulo de admisión de la IPRESS	5	IAFAS
		05	Otros relacionados con la acreditación del asegurado	Error en otros datos del asegurado o demora en la actualización de los mismos.	5	IAFAS



TABLA DE CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE RECLAMOS

Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
<b>ACCESIBILIDAD</b>						
07	Dificultad de acceso a los servicios de atención al asegurado	01	Demora en la admisión del asegurado en la IPRESS o en los servicios de apoyo al diagnóstico y entrega de resultados	Dificultad durante el proceso de admisión al asegurado en la IPRESS desde su acreditación hasta su ingreso al servicio de atención, por parte del personal no médico (administrativos, enfermería, personal técnico), citas para análisis o exámenes médicos y entrega de resultados.	5	IPRESS
		02	Demora en llegada de ambulancia o atención a domicilio	Demora en la llegada de la ambulancia, o del servicio ambulatorio solicitado. Aplicable tanto a la atención de consultas a domicilio o emergencia	30	IAFAS/IPRESS
		03	Demora de atención del asegurado en la central telefónica	Dificultad durante el proceso de atención telefónica al asegurado (no están cargadas las coberturas, información del asegurado no aparece en el sistema de la IAFAS o es incorrecta, entre otros)	5	IAFAS
		04	Demora en la atención al asegurado en la Plataforma de Atención	Dificultad durante el proceso de atención al asegurado de parte del personal encargado de la Plataforma de la IAFAS o IPRESS.	5	IAFAS
		05	Incumplimiento de citas en la IPRESS	Casos en que el médico no cumplió con su horario o programación de cita o llegó con tardanza. Cuando citan a una hora y el médico deja esperando al paciente, entre otros.	5	IPRESS
		06	La IAFAS no cumple con el horario establecido	Cuando la IAFAS no cumple con los horarios establecidos	5	IAFAS
		07	La IPRESS no cumple con el horario establecido	Cuando la IPRESS no cumple con los horarios establecidos	5	IPRESS
		08	Oportunidad de referencia a otro establecimiento de salud o servicio	Todo reclamo relacionado a una demora en el proceso de referencia a otra IPRESS	30	IAFAS
		09	Asignación o cambio de médico tratante en la IPRESS sin consentimiento expreso del asegurado	Cambio inconsulto del médico tratante, en la atención hospitalaria o ambulatoria	30	IPRESS
		10	No disponibilidad de Servicios de Salud en lugar de residencia	Generado cuando la IAFAS oferta o vende un servicio de salud en lugares donde no cuenta con un proveedor de salud	5	IAFAS
		11	Relacionados al contrato entre la IAFAS y la IPRESS	Cuando por alguna causa relacionada al contrato entre IAFAS e IPRESS se limiten las atenciones del asegurado, sin haber sido comunicada a éste	5	IAFAS
		12	Otros relacionados con el acceso a los servicios	Otras dificultad con el acceso a las prestaciones de salud definidas en el plan de salud.	5	IAFAS/IPRESS
08	Problemas con el mecanismo de acreditación del asegurado	01	Error en emisión de carta de garantía por la IAFAS, cuando corresponda	Generado cuando la IAFAS ha consignado información errada en la carta de garantía o emitido por un monto inferior al solicitado por el proveedor	5	IAFAS
		02	Negación de la carta de garantía por la IAFAS cuando corresponda	Rechazo de la solicitud emitida por la IPRESS.	5	IAFAS
		03	Negación de ampliación de carta de garantía por la IAFAS, cuando corresponda	Generado cuando la IAFAS desapruueba la ampliación (diversos motivos)	5	IAFAS
		04	Problemas en la comunicación de la emisión de la carta de garantía, cuando corresponda	Generada por problemas en la comunicación oportuna de emisión de la carta de garantía	5	IAFAS
		05	Otros relacionados con disconformidad con las cartas de garantía, cuando corresponda	Inconformidad con el proceso de emisión o aprobación de la carta de garantía y otros.	5	IAFAS
09	Latencia (Relacionados a derechos y obligaciones del asegurado)	01	Demora en la emisión de carta de latencia	Problemas relacionados a la emisión de la carta de latencia.	5	IAFAS
		02	No conformidad con la variación de coberturas en el plan de salud.	No conformidad con la modificación en las coberturas propias del período de latencia	5	IAFAS
		03	No figura los datos de afiliación en la base de datos de IAFAS	Cuando los datos del asegurado en latencia no están registrados en la base de datos de la IAFAS	5	IAFAS
		04	Otros relacionados con la latencia	Problemas relacionados con el proceso de emisión o cobertura de latencia y otros relacionados con la latencia.	5	IAFAS



TABLA DE CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE RECLAMOS						
Código	Denominación de causa de reclamo	Ítem	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
<b>EFICIENCIA Y PROTECCIÓN FINANCIERA</b>						
10	Disconformidad por el cobro de gastos no cubiertos	01	Por error de la IAFAS al momento de definir la cobertura	Generado cuando la información brindada por la IAFAS a la IPRESS o al asegurado no guarda relación con los beneficios y las coberturas establecidas en el plan de salud	5	IAFAS
		02	La IPRESS al prestar servicios no incluidos en el plan de salud	Cuando la IPRESS presta servicios no contemplados en el Plan de Salud, de manera onerosa, sin informar previamente al asegurado o su representante que estos no están cubiertos por el Plan de Salud.	5	IPRESS
		03	Por cobros no autorizados por servicios otorgados que superen los límites de la cobertura.	Cuando la IAFAS o IPRESS solicitan el pago o reembolso por los gastos en prestaciones de salud no autorizados por el asegurado o su representante; que excedan los límites de la cobertura contratada.	5	IAFAS/IPRESS
		04	Rechazo de atención en periodo de carencia	Generado cuando se rechazan o no se reconocen como coberturado un gasto en prestación de salud para un asegurado en periodo de carencia.	5	IAFAS
		05	Otros relacionados con gastos no cubiertos	Generado cuando el asegurado no se encuentra conforme con los gastos que tiene que asumir al no estar cubiertos por su Plan de Salud.	5	IAFAS
11	Disconformidad con los cobros por la atención	01	Relativos a Copagos fijo (deducible) y variable (coaseguro)	El asegurado no está conforme en relación a los copagos cancelados en la IPRESS.	5	IPRESS
		02	Carga de planes	Cuando el Plan de Salud correcto no se encuentra cargado en el sistema	5	IAFAS
		03	Cobertura	Cuando las coberturas que figuran en la IPRESS son diferentes a las que figuran en su Plan de Salud	5	IAFAS
		04	Cobros adicionales a las tarifas contractualmente pactadas	Cuando la IPRESS presenta gastos adicionales no pactados por un procedimiento	5	IPRESS
		05	Cobros en Emergencia	Se genera cuando el médico tratante determina que el diagnóstico no se considera emergencia cubierta al 100% y se cobra por la atención	5	IPRESS
		06	Otros relacionados con los cobros por la atención	Otros gastos no cubiertos	5	IPRESS
12	Disconformidad en el proceso de reembolso	01	Demora en pago de reembolso	Por demora en los documentos que sustenten el trámite de reembolso, por casos complejos que requieren mayor verificación de información, por error en datos de solicitud de reembolso, etc.	5	IAFAS
		02	No está de acuerdo con el monto a reembolsar o reembolsado	Cuando el reembolso es por un porcentaje diferente al que se indica en su Plan de Salud o diferente los gastos presentados por una atención.	5	IAFAS
		03	No está de acuerdo con rechazo de reembolso	Cuando la IAFAS lo rechaza al no encontrar sustento según su Plan de Salud.	30	IAFAS
		04	El diagnóstico de reembolso es distinto al de la atención	Cuando el diagnóstico presentado para el pago del Reembolso es distinto al diagnóstico consignado en la atención.	5	IAFAS
		05	Otros relacionados con el reembolso	Cuando su Plan no contempla reembolso o no está conforme con el procedimiento.	30	IAFAS
13	Otros relativos a la oportunidad, accesibilidad o protección financiera	01	En los casos que el reclamo de orden administrativo, no corresponda a las causales señaladas	Cualquier causa de reclamo administrativo que no esté considerado en los tipos de reclamos especificados	30	IAFAS



TABLA DE CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE RECLAMOS

Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
<b>CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD</b>						
14	Calidad de la atención de salud	01	Relacionado con la evaluación durante la consulta médica ambulatoria o en emergencia	Cuando el asegurado refiere que el médico tratante no realizó una evaluación exhaustiva o suficiente en consulta ambulatoria o emergencia	5	IPRESS
		02	Sobre la información del personal responsable de la atención	Información errada o insuficiente sobre la identidad y la categoría o ocupacional del personal asistencial que preste el servicio.	5	IPRESS
		03	Sobre información de la prestación de salud	Falta de información sobre la atención de salud relacionadas a: la enfermedad, sintomatología, diagnóstico, tratamiento brindado y alternativas terapéuticas.	5	IPRESS
		05	Relacionado con el diagnóstico	Cuando el asegurado esta disconforme con los procedimientos s y/o resultados del diagnóstico (Aplica para todas las atenciones, sea ambulatoria, emergencia, hospitalización, u otro)	30	IPRESS
		06	Relacionado con la atención de consulta médica o emergencia a domicilio	Cuando el asegurado no esta conforme con la forma de atención o asistencia brindada por el personal asistencial en el domicilio.	5	IPRESS
		07	Relacionado con el tratamiento médico ambulatorio, a domicilio o en emergencia	Cuando el asegurado no esta conforme con el tratamiento recibido en emergencia, domicilio o en consulta externa, así como por posibles resultados adversos del tratamiento instaurado.	30	IPRESS
		08	Relacionado con la referencia o traslado	La referencia o traslado del paciente a otro establecimiento o especialidad fue en forma inconsulta, arbitraria o de mala manera.	5	IPRESS
		09	Demora en la atención en el servicio de emergencia	Demora de la atención de una emergencia, por ausencia, falta o demora del personal asistencial de emergencia	5	IPRESS
		10	Relacionado con el tratamiento quirúrgico	Cuando el asegurado no está conforme con el tratamiento quirúrgico recibido	30	IPRESS
		11	Relacionado con la Hospitalización	Cuando el asegurado no está conforme con la atención recibida durante su hospitalización	5	IPRESS
		12	Relacionado con el examen o procedimiento auxiliar	Cuando el asegurado no está conforme con los exámenes auxiliares realizados (ambulatorio, emergencia, hospitalización, u otro)	5	IPRESS
		13	Relacionado con la información al paciente por el médico	Cuando el asegurado refiere que la información alcanzada sobre el diagnóstico, opciones terapéuticas, la terapéutica farmacológica y no farmacológica, secuelas de enfermedad y efectos secundarios relacionados, ha sido insuficiente o inadecuada	5	IPRESS
		14	Otros relacionados con la calidad de la atención	Otras deficiencias no clasificadas relacionadas con la atención del personal médico y asistencial no médico.	30	IPRESS
		15	Deficiencia en el orden y limpieza y bio seguridad de la IPRESS	01	Indumentaria del personal asistencial	Cuando el personal de las IPRESS no cumple con llevar la indumentaria o uniforme acorde a su categoría ocupacional.
02	Ambientes			Cuando los ambientes de la IPRESS no son apropiados para la atención médica por no cumplir con las medidas de bio seguridad, falta de limpieza y orden.	5	IPRESS
03	Equipos, instrumental bio médico e insumos			Cuando el paciente considera que los equipos, instrumentos o insumos empleados en su atención no estuvieron adecuadamente limpios, o no cumplan con las medidas de bio seguridad	5	IPRESS
04	Otros relacionados con la salubridad			Cuando el paciente refiere que hay deficiencia de otras condiciones relacionadas a falta de limpieza o no cumplan con las medidas de bio seguridad en el establecimiento	30	IPRESS
16	Relativos a la infraestructura y el equipamiento	01	Infraestructura	Cuando el asegurado refiere que la IPRESS no cuenta con la infraestructura mínima adecuada para la atención de los asegurados (ambientes de consultorio u hospitalización, servicios de alumbrado eléctrico, agua, desagüe u otros según categoría de establecimiento)	5	IPRESS
		02	Equipamiento	Cuando el asegurado refiere la ausencia de equipos o que se encuentran malogrados o deteriorados	30	IPRESS
		03	Otros	Cuando el asegurado refiere que hay deficiencia de otros factores relacionados a infraestructura y equipos.	30	IPRESS



TABLA DE CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE RECLAMOS						
Código	Denominación de causa de reclamo	Ítem	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
<b>CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD</b>						
7	No conformidad con la prescripción, el suministro de medicamentos o insumos en la IPRESS	01	Cambio de medicamento	Cuando se cambia de medicamento durante el tratamiento al asegurado o la farmacia le entrega un medicamento cuyo principio activo, según denominación internacional, sea diferente al prescrito por el médico tratante.	5	IPRESS
		02	Relacionado con la receta	Cuando el asegurado refiere que la receta no cuenta con el nombre genérico del medicamento o insumo, dosis, vía de administración, presentación, tiempo de tratamiento y sello del médico o profesional de la salud tratante, o cuando se presenta un exceso en los medicamentos o insumos necesarios para su atención.	5	IPRESS
		03	Demora en la entrega de medicamentos e insumos	Cuando la IPRESS no cumple oportunamente con la entrega de los medicamentos o insumos	5	IPRESS
		04	No conformidad con el medicamento indicado	Cuando el asegurado no se encuentra de acuerdo con el medicamento prescrito.	30	IPRESS
		05	Falta de medicamento o insumos en la IPRESS	Cuando el medicamento o insumo prescrito no existe en la farmacia de la IPRESS	5	IPRESS
		06	Error en la entrega de medicamento	Cuando el asegurado recibe menos cantidad de medicinas, recibe medicinas que están vencidas o por vencer, etc.	5	IPRESS
		07	Negativa en la entrega de medicamentos e insumos	Cuando el servicio de farmacia de la IPRESS niega injustificadamente la entrega del medicamento o insumo prescrito por el médico tratante.	5	IPRESS
		08	Medicamento no cubierto o excluido	Cuando se prescribe inconsultamente medicamentos o insumos no cubiertos por la IAFAS o están excluidos de su Plan de Salud.	5	IPRESS
		09	Otros relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos	Otros relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos	5	IPRESS
8	Disconformidad con el trato recibido	01	Discriminación al asegurado en los servicios de la IPRESS o la IAFAS	Trato discriminatorio hacia personas en similares casos, por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, capacidad adquisitiva, discapacidad u otras.	5	IPRESS-IAFAS
		02	Descortesía en personal administrativo en la IPRESS	Trato descortés u ofensivo por el personal administrativo de la IPRESS (admisión, caja u otros) que genera malestar al asegurado	5	IPRESS
		03	Descortesía en personal administrativo en la IAFAS	Trato descortés u ofensivo por el personal administrativo de la IAFAS que genera malestar al asegurado	5	IAFAS
		04	Trabas a la comunicación del asegurado con sus familiares	Limitaciones injustificadas de la comunicación del asegurado con sus familiares o allegados, de acuerdo a la naturaleza del servicio que recibe y la disponibilidad familiar.	5	IPRESS
		05	Descortesía en el personal médico	Trato descortés, ofensivo o con falta de interés en la atención por el personal médico de la IPRESS (incluye médico y odontólogo) que genera malestar al asegurado	5	IPRESS
		06	Descortesía en el personal asistencial no médico	Trato descortés, ofensivo o con falta de interés en la atención por el profesional de la salud no médico de la IPRESS que genera malestar al asegurado	5	IPRESS
9	Confidencialidad y consentimiento informado	01	Violación a la confidencialidad de datos del usuario	Difusión no autorizada a terceros no involucrados al tratamiento de datos personales o clínicos del asegurado	5	IPRESS-IAFAS
		02	Falta de confidencialidad de la información sobre el asegurado	No se guardó la reserva al acceso de la información clínica o personal del asegurado por parte de la IPRESS o IAFAS, salvo las excepciones de ley.	5	IPRESS-IAFAS
		03	Presencia de personal no autorizado en evaluación clínica	Cuando asegurado es evaluado por o en presencia de personal que no está involucrado con su tratamiento, sin su autorización.	5	IPRESS
		04	Atención de salud brindada en condiciones de exposición	Cuando el asegurado recibe atención de salud en ambientes que lo exponen y/o vulneran su intimidad	5	IPRESS
		05	Registro no consentido de imágenes personales	Cuando el asegurado es filmado, fotografiado, grabado o entrevistado sin su consentimiento o el de su representante legal	5	IPRESS
		06	Falta de consentimiento informado	No se ha otorgado consentimiento informado respectivo para cualquier acción terapéutica, conforme a la normativa vigente	5	IPRESS
20	Otros relativos a la prestación	01	En los casos que el reclamo de carácter prestacional no corresponda a las causales señaladas	Otros casos de reclamos relacionados directamente con la prestación de salud y que no puedan ser clasificados en los tipos antes señalados	30	IPRESS
<b>OTROS NO CLASIFICADOS EN NINGÚN TIPO</b>						
21	Otros	01	En los casos que el reclamo no corresponda a ninguna de las causales señaladas	Otros casos de reclamos que no puedan ser clasificados en los tipos antes señalados	30	IPRESS-IAFAS







**ANEXO N°6**

**SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

N°	Nombre del campo	Descripción
----	------------------	-------------

**SIS**

1	CODIGO DE IAFAS	Se consignará el código de la IAFAS SIS
2	TIPO DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DEL TITULAR IAFAS	1 DNI, 2 CARNE DE EXTRANJERIA DEL TITULAR y 3 OTRO
3	N° DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DEL TITULAR	Se consignará el número del documento de identidad

**USUARIO**

4	TIPO DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DEL RECLAMANTE	1 DNI, 2 CARNE DE EXTRANJERIA y 3 OTRO
6	N° DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD	Se consignará el número del documento de identidad
5	TIPO DE ASEGURAMIENTO	1: Seguro de Salud, 2: Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, 3: Seguro Obligatorio de Accidentes de trabajo y 4: No asegurado
7	TIPO DE ASEGURADO	1: AFILIADO y 2: INSCRITO
8	REGIMEN DEL ASEGURADO	1: Régimen subsidiado, 2: Régimen Semicolaborativo, 3: Seguro Semicolaborativo, 4 : No asegurado
9	FECHA DE NACIMIENTO	Año, Mes y Día
10	SEXO	0: FEMENINO y 1: MASCULINO
11	UBIGEO	Se consignará la residencia del usuario que presenta el reclamo
12	VINCULO LABORAL	0: Sin vinculo laboral (Independiente) y 1: Vinculo laboral (dependiente)
13	RUC DE LA EMPRESA	De corresponder se consignará el RUC de la empresa

**DEL RECLAMO**

14	FECHA DE PRESENTACION DEL RECLAMO	Fecha en la que se presenta el reclamo ante el canal de atención.
16	LUGAR DEL RECLAMO	Unidad prestadora de servicios de salud u otro donde se produjo el reclamo
16	N° CORRELATIVO DEL RECLAMO	N° correlativo del reclamo recepcionado.
17	N° CORRELATIVO DE CAUSAS DEL RECLAMO	N° de causas específicas comprendidas en un mismo reclamo
18	FECHA DE TRASLADO A LA ENTIDAD COMPETENTE	Fecha en la que se traslado el reclamo a la entidad competente, determinada por la evaluación de quien realiza el reclamo
18	N° CORRELATIVO DE RECLAMO EN ENTIDAD COMPETENTE	Es el número correlativo de reclamo que corresponde al SIS
20	MODALIDAD DE PRESENTACION DEL RECLAMO	1: Presentación verbal, 2: Presentación telefónica, 3: Presentación vía formato web y 4: Presentación escrita o carta
21	DETALLE DEL SERVICIO ORIGEN DEL RECLAMO	1: Atención a domicilio, 2: Atención en planta, 3: Consulta telefónica, 4: Farmacia, 5: Atención de emergencia no domiciliaria, 6: Atención hospitalaria, 7: Atención ambulatoria, 8: Atención de emergencia no domiciliaria, 9: Servicios médicos de apoyo y 10: Oficinas o áreas administrativas IAFAS, 11: Oficinas o áreas administrativas IPRESS, 12 Otro
22	AMBITO DEL RECLAMO	1: Oportunidad, 2: Eficiencia y Protección Financiera, 3: Accesibilidad y 4. Calidad de atención en salud
23	CAUSA DEL RECLAMO	Se consignará la causa del reclamo establecida en la resolución de Superintendencia Nacional de Salud.
24	MONTO	Se consignará el monto del reclamo
25	REQUIERE AMPLIACION DE PLAZO	Se consignará el número de días de ampliación del plazo
26	AMPLIACION DEL PLAZO	
27	ESTADO DEL RECLAMO	1: Resuelto, 2. En trámite, 3: Traslado a entidad competente y 4. Anulado en casos de error de registro
28	RESULTADO DEL RECLAMO	1: Fundado, 2: Infundado, 3: Concluido anticipadamente y 4: Improcedente en casos de extemporaneidad o cuando el reclamo ya cuente con un informe de resultado de reclamo
29	FECHA DE RESULTADO DE SOLUCION DE RECLAMO	Se consignará la fecha si se tiene la condición de resuelto
30	FECHA DE ULTIMA ACTUALIZACION DEL RECLAMO	Se consignará la fecha donde se realiza la última actualización de datos del expediente, entendiéndose por actualización de datos, el ingreso de documentación al expediente de reclamo.
31	OBSERVACIONES	Se consignarán observaciones que se consideren importantes y consideren

CONSIDERACIONES. EN CASOS QUE EL RECLAMO HAYA SIDO PRESENTADO A LA ENTIDAD COMPETENTE SE REPETIRÁ EL NÚMERO CORRELATIVO DE RECLAMO EN LOS CASOS QUE EL RECLAMO HAYA SIDO TRASLADADO, ES DECIR EL CAMPO 18 ES DIFERENTE AL CAMPO 19 NO SE CONSIGNARÁ LA INFORMACIÓN EN LOS SIGUIENTES CAMPOS, EXCEPTO EN EL CAMPO N°26. ESTADO DEL RECLAMO EN EL QUE SE CONSIGNARÁ EL NUMERAL 3. TRASLADADO A LA ENTIDAD COMPETENTE