



R. LAMA M.



E. J. N. A.



M. ADRIANZEN C.



G. VIDAL B.



## RESOLUCION DIRECTORAL

YENNY LORENA LINO CRUCES  
Fedataria

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
DIRESA - CALLAO

REG. Nº. 1053 FECHA 09 OCT 2012

Callao, 05 de OCTUBRE de 2012

Visto el Informe Nº 282-2012-GRC/DIRESA/DESP/DAIS/UTCS, de fecha 23 de agosto de 2012, emitido por la Directora Ejecutiva (e) de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, de la Dirección Regional de Salud del Callao y;

### CONSIDERANDO:

Que, el Artículo VI, del título preliminar de la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, establece que: "Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad oportunidad y calidad".

Que, la Ley Nº 27657 Ley del Ministerio de Salud, establece en su artículo 2 que, el Ministerio de Salud órgano del Poder Ejecutivo; "es el ente Rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud "

Que, el artículo 5, de la Ley Nº 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, en relación a la misión del Gobierno Regional establece que la misión de los gobiernos regionales es organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales, para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la región; asimismo, el inciso g), del artículo 9, de la citada Ley, en cuanto a las competencias constitucionales dispone que los gobiernos regionales son competentes para promover y regular actividades y/o servicios en materia de salud, entre otros, conforme a ley;

Que, el artículo 1, del Decreto Supremo Nº 036-2007-PCM, aprueba el Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2007;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 003-2009/MINSA, del 10 de Enero del 2009, se declaró que el Gobierno Regional del Callao ha culminado el proceso de transferencia de las funciones sectoriales en materia de salud;

Que, en el marco de los Lineamientos de Política de Salud, Resolución Ministerial Nº 519-2006-SA/DM, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud", en el cual se establece los Principios, Políticas, Objetivos y Estrategias que orientan los esfuerzos por alcanza la Calidad de Atención en Salud;

Que, con Resolución Ministerial Nº 527-2011/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", que tiene como finalidad, contribuir a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo para la implementación de acciones para la mejora continua en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, basados en la satisfacción del usuario externo;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA, de fecha 29 de octubre de 2009 se aprobó el Documento Técnico:"Política Nacional de Calidad en Salud", el cual tiene como finalidad contribuir a la mejora de la calidad de atención en salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud, mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;



Estando a lo propuesto, por la Directora Ejecutiva (e) de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, de la Dirección Regional de Salud del Callao;



Estando a lo visado, por el Director Ejecutivo de la Salud de las Personas, el Director de Atención Integral de Salud, la Jefa de la Unidad Técnica de Calidad en Salud y el Director de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud del Callao; y,

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General de la Dirección Regional de Salud del Callao, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0004-36-2012;

. ADRIANZEN C.

**SE RESUELVE:**



**ARTÍCULO PRIMERO.-** Apruébase DIRECTIVA N° 008-2012-GRC/DIRESA/DESP/DAIS/UTCS "Directiva para Implementar la Ficha de Reclamo de los Usuarios del Seguro Integral de Salud de la DIRESA CALLAO", documento que consta de X Capítulos y 4 Anexos, el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

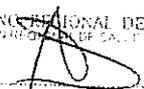
**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Encárguese a la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística la publicación de la presente Resolución en el portal de la Institución.

**ARTÍCULO TERCERO.-** Notifícase la presente resolución a los estamentos administrativos correspondientes, para su conocimiento y fines pertinentes.

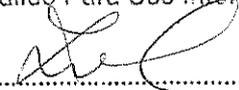
**Regístrese y Comuníquese.**



E. J. N. A.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO  
  
Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES  
Director General  
C.M.P. 12555

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL**  
Solo Válido Para Uso interno

  
YENNY LORENA LINO CRUCES  
Fecataria

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
DIRESA - CALLAO  
REG. N° 1053 FECHA: 09 OCT 2012

**DIRECTIVA N° 008-2012-GRC/DIRESA/DESP/DAIS/UTCS**  
**DIRECTIVA PARA IMPLEMENTAR LA FICHA DE RECLAMO DE LOS**  
**USUARIOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD DE LA DIRESA CALLAO**

**I. FINALIDAD**

Garantizar y promover, que los Usuarios del Seguro Integral de Salud (SIS), accedan a la solución oportuna y directa, ante la insatisfacción con la prestación del servicio de salud o la cobertura brindada por el establecimiento de salud (IPRESS)

**II. OBJETIVO GENERAL**

Establecer lineamientos para el procedimiento de atención a los reclamos de los usuarios del SIS, en los EESS de la DIRESA Callao.

**III. OBJETIVO ESPECIFICO**

Medir el grado de satisfacción de los usuarios del SIS en los EESS de la DIRESA Callao.

**IV. AMBITO DE APLICACIÓN**

La presente directiva es de aplicación obligatoria en todos los EESS de la DIRESA Callao.

**V. BASE LEGAL**

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27806, "Ley de transferencia y Acceso a la Información Pública".
4. Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud".
5. Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales y sus modificatorias".
6. Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos"
7. R.M. N° 640-2006-MINSA, que aprobó el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
8. Resolución Ministerial N°519-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
9. 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.
10. Ordenanza Regional N° 000026, de fecha 06 de julio de 2012, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Callao.



E. J. N. A.



M. ADRIANZEN C.

**VI. DISPOSICIONES GENERALES**

**Definiciones**

**1) Instituciones Administradoras de Fondo de Aseguramiento en Salud (IAFAS):**

Son instituciones o empresas públicas, privadas ó mixtas, creadas por personas jurídicas que tienen como objetivo la captación y gestión de fondos para el aseguramiento de las prestaciones de salud incluidas en los planes de aseguramiento en salud.



G. VIDAL F.B.

**2) Instituciones Prestadoras de Servicios de salud:**

Son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas como personas jurídicas que tienen como objetivo la prestación de servicios de salud. Para poder ejercer esta función dentro del AUS están obligadas a registrarse en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

**3) Usuario:**

Toda persona residente en el país que se encuentra bajo la cobertura de alguno de los regímenes del Aseguramiento Universal de Salud (AUS), o que solicite su afiliación a un plan de aseguramiento en salud en una IAFAS.

**4) Reclamo:**

Manifestación verbal o escrita por la que el usuario se dirige a una IAFAS o IPRESS, cuando considera que existe incumpliendo, irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio de salud o en su cobertura, de acuerdo con lo estipulado en el plan de salud o convenio suscrito, o cuando se ha vulnerado 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.

**5) Ficha de Reclamo e Salud:**

Es el documento de naturaleza física o virtual provisto por las IAFAS o IPRESS, según formato estandarizado, en el cuál los usuarios podrán registrar sus reclamos. Deberán ser puestas en lugar visible y a disposición de los usuarios, en los respectivos establecimientos.



E. J. N. A.

**DISPOSICIONES ESPECIFICAS**

- 1) Contar con una plataforma de atención al usuario para la tramitación de reclamos y consultas, propiciando la prevención de conflictos, para tal efecto designar un personal o servidor que asuma dichas funciones, sin que ello irroque necesariamente gastos administrativos.
- 2) Contar con la ficha de reclamo en salud (anexo N°3), en el establecimiento, debiendo colocarla en lugar visible y de fácil acceso para el usuario.
- 3) Contar con un registro de reclamos (anexo N°2 y 2A), presentados con su respectivo número correlativo de reclamo.
- 4) Contar con un archivo físico de los documentos que sustenten la investigación sumaria realizada para la atención de los reclamos de los usuarios.
- 5) Contar con la tabla de Clasificación de Reclamos (anexo N°1).
- 6) El Medico Jefe de cada establecimiento deberá encargarse de la atención del procedimiento del reclamo, clasificación, registro y archivo a la Trabajadora Social del establecimiento u otro personal que designe.
- 7) La ficha de Reclamo de color blanco, después de ser atendido el reclamo se archivara en el establecimiento de salud.
- 8) La Ficha de reclamo de color rosado será entregado al usuario.
- 9) La Ficha de Reclamo de color amarillo deberá ser remitido en forma mensual, a la DIRESA Callao-Unidad Técnica de Calidad en Salud con su respectivo informe.
- 10) El usuario para hacer uso de su derecho a reclamo deberá presentar su DNI.

**VIII. RESPONSABILIDADES**

Son responsables de la implementación de la presente directiva todos los Jefes de cada establecimiento de la Dirección Regional de Salud del Callao, Dirección



E. J. N. A.

Ejecutiva de Salud de las Personas, Dirección de Atención Integral y Calidad, Oficina Ejecutiva de de Administración, Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas, Unidad Técnica de Gestión de la Calidad y Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística.

#### IX. DISPOSICIONES FINALES

La formulación de un reclamo mediante la "Ficha de Reclamo en Salud", no limita para que los usuarios puedan utilizar otros mecanismos de los que dispone la DIRESA Callao (página web, buzón de sugerencias y libro de reclamaciones), para interponer su reclamo.



A. ADRIANZEN C.

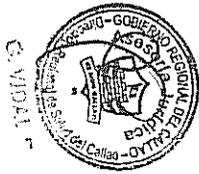
#### X. ANEXOS.

- 1) Anexo N°1: Tabla de clasificación de reclamo
- 2) Anexo N°2 : Reporte Mensual de Reclamo
- 3) Anexo N°2A: Instructivo del Reporte Mensual de Reclamo
- 4) Anexo N°3: Ficha de Reclamo en Salud



G. VIDAL F.





M. ADRIANZEN C.



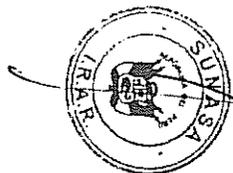
### SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

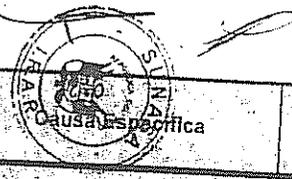
#### ANEXO N° 1

TABLA DE CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE RECLAMOS

Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACION	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 falla 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, encargado de afiliación al SIS, se encuentra ausente o demora el proceso	5	IPRESS
		04	Demora en la entrega de formatos	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
		03	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
		04	Demora en la entrega de otros formatos	Cuando la IPRESS tiene problemas con el abastecimiento de otros formatos generando demora en la atención. (recetas, ordenes de laboratorio, formatos del SIS, etc.)	5	IPRES
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 o insumos de emergencia	5	IPRES
		02	Demora en la atención de Consultorio externo	Demora en la atención de consultorio externo por demanda del servicio por falta o demora de personal e insumos de consultorio	5	IPRES
		03	Demora en la Hospitalización	Demora en el ingreso a hospitalización demanda del servicio, por falta o demora del personal encargado e insumos	5	IPRES
		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	IPRES
		05	Demora en la intervención quirúrgica	Cuando el asegurado considera que existió demora en la realización de una intervención quirúrgica.	5	IPRES
		06	Demora en la referencia	Cuando el asegurado considera que existió demora en la referencia o traslado a otro centro o servicio asistencial	5	IPRES

4





Código	Denominación de causa de reclamo	Item	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, periodo 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, periodo 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 a operar o dejaría de aplicar, con la precisión que corresponda, de acuerdo con las disposiciones que dicte la SUNASA.	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, según corresponda.	5	IAFAS
		05	El asegurado no recibió información sobre las 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, en el marco de las normas vigentes.	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 emanan de la SUNASA.	5	IAFAS
		07	El asegurado no recibió información 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 SUNASA.	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 (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera, exclusiones o preexistencias, entre otros) 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 (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera o preexistencias, entre otros) 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 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

M. ADMINISTRACIÓN C.



5

E.I.N.A.





M. ADRIANZEN C.

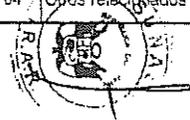


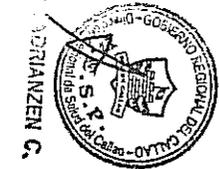
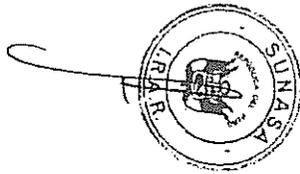
6



E. J. M. A.

Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
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	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) entrega de resultados, citas para análisis o exámenes médicos	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 desaprueba 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 periodo 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





Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
<b>EFICIENCIA Y PROTECCION 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 contemplado en el Plan de salud, sin informar previamente al asegurado o su representante que estos no están cubiertos por el Plan	5	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		06	Otros relacionados con los cobros por la atención	Otros gastos no cubiertos	5	IPRES
12	Disconformidad en el proceso de reembolso	01	Demora en pago de reembolso	Por demora en los documentos que sustentan 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



M. ADRIANA TEN C.

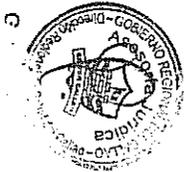
E. J. N. A.

Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Especifica	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	IPRES
		02	Sobre la información del personal responsable de la atención	Información errada o insuficiente sobre la identidad y la categoría ocupacional del personal asistencial que prestó el servicio.	5	IPRES
		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	IPRES
		05	Relacionado con el diagnóstico	Cuando el asegurado este disconforme con los procedimientos y/o resultados del diagnóstico (Aplica para todas las atenciones, sea ambulatoria, emergencia, hospitalización, u otro)	30	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		10	Relacionado con el tratamiento quirúrgico	Cuando el asegurado no está conforme con el tratamiento quirúrgico recibido	30	IPRES
		11	Relacionado con la Hospitalización	Cuando el asegurado no está conforme con la atención recibida durante su hospitalización	5	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
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	IPRES
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	IPRES
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	IPRES
		02	Equipamiento	Cuando el asegurado refiere la ausencia de equipos o que se encuentran malogrados o deteriorados	30	IPRES
		03	Otros	Cuando el asegurado refiere que hay deficiencia de otros factores relacionados a infraestructura y equipos.	30	IPRES



Handwritten signature or mark.

Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
17	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	IPRES
		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	5	IPRES
		03	Demora en la entrega de medicamentos e insumos	Cuando la IPRESS no cumple oportunamente con la entrega de los medicamentos e insumos	5	IPRES
		04	No conformidad con el medicamento indicado	Cuando el asegurado no se encuentra de acuerdo con el medicamento prescrito	30	IPRES
		05	Falta de medicamento o insumos en la IPRESS	Cuando el medicamento o insumo prescrito no existe en la farmacia de la IPRESS	5	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		08	Medicamento no cubierto e excluido	Cuando se prescribe inconsultamente medicamentos o insumos no cubiertos por la IAFAS o están excluidos de su Plan de Salud	5	IPRES
		09	Otros relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos	Otros relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos	5	IPRES
18	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	IPRES - IAFAS
		02	Descortesía en personal administrativo en la IPRESS	Trato descortes u ofensivo por el personal administrativo de la IPRESS (admisión, caja u otros) que genera malestar al asegurado	5	IPRES
		03	Descortesía en personal administrativo en la IAFAS	Trato descortes 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	IPRES
		05	Descortesía en el personal médico	Trato descortes, 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	IPRES
		06	Descortesía en el personal asistencial no médico	Trato descortes, 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	IPRES
19	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	IPRES - 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	IPRES - 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	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		06	Falta de consentimiento informado	No se ha otorgado consentimiento informado respectivo para cualquier acción terapéutica, conforme a la normativa vigente	5	IPRES
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.	5	IPRES
<b>OTROS NO CLASIFICADOS EN NINGUN TIPO</b>					30	IPRES



M. ADRIANZEN G.





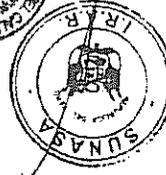


# SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

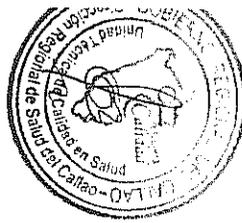
ANEXO N° 2A  
INSTRUCTIVO DEL FORMATO DEL REPORTE DE RECLAMOS

Nro del campo	Nombre del campo	Descripción	Long. Máxima	Pos. Inicial	Pos. Final	Criterio de validación EL DATO SE CONSIDERA INCONSISTENTE CUANDO (Gx = CRITERIO X)	Módulo	
							IAFAS	SUNASA
1	CodInst	<p><u>Código de Institución que reporta, que puede ser el Código de IPRESS o el Código de IAFAS</u></p> <p>- Para el caso de las IPRESS se usa el número de registro expedido por la SUNASA y que figura en la resolución de funcionamiento a cuya estructura se antepone el numeral "1", en total 9 dígitos. - Para el caso de las IAFAS este dato hace referencia al número de registro expedido por la SUNASA y que figura en la resolución de funcionamiento a cuya estructura se antepone el numeral "2", en total 9 dígitos. Ambos códigos serán definidos por las normas de registro respectivas, si resultaran en diferente cantidad de dígitos, la cantidad de dígitos del código más corto se completará con "ceros" a la izquierda de este código y después del numeral que diferencia ambos tipos de instituciones</p>	9	1	9	<p>C1. El valor en el campo está en blanco o nulo</p> <p>C2. El campo contiene más de 9 dígitos</p> <p>C3. El código de la IPRESS o IAFAS no figura o no es igual al registrado en la base de datos de registro de la SUNASA.</p>	C1	
2	TipDiTit	<p><u>Tipo de documento de identidad del Titular en la IAFAS</u></p> <p>1 DNI 2 Carné de extranjería del titular 4 No asegurado</p>	1	10	10	<p>C1. El Tipo de documento de identidad del titular está en blanco o nulo.</p> <p>C2. El Tipo de documento de identidad del titular está relleno con 'X' o caracteres inválidos.</p> <p>C3. aparecen dígitos diferentes a "1", "2" o "4".</p>	C1	C3
3	NúmDiTit	<p><u>Número de documento de identidad del Titular en la IAFAS</u></p> <p>DNI ó Carné de extranjería del titular En el caso del DNI consignar "00" al final del número</p>	10	11	20	<p>C1. El campo está en blanco o nulo.</p> <p>C2. El Campo está relleno con 'X'</p> <p>C3. El documento de identidad del titular no figura o no es igual al registrado en la base de datos de Asegurados remitida a la SUNASA.</p>	C1	C3
4	TipDiAsg	<p><u>Tipo de documento de identidad del Usuario Reclamante.</u></p> <p>1 DNI 2 Carné de extranjería del titular NOTA: Para el caso de los Recién Nacidos, y por un periodo máximo de 90 días se consignará el tipo de documento de identidad de la madre</p>	1	21	21	<p>C1. El Tipo de documento de identidad del asegurado está en blanco o nulo.</p> <p>C2. El Tipo de documento de identidad del asegurado está relleno con 'X'.</p> <p>C3. aparecen dígitos diferentes a "1" o "2".</p>	C1	C3





Nro del campo	Nombre del campo	Descripción	Long. Máxima	Pos. Inicial	Pos. Final	Criterio de validación EL DATO SE CONSIDERA INCONSISTENTE CUANDO (C = CRITERIO X)	Módulo	
							IAFAS	SUNASA
5	NúmDIAsg	<u>Número de documento de identidad del Usuario Reclamante.</u> DNI ó Carné de extranjería del usuario que reclama En el caso de que sea un titular este valor en el campo se repetirá con el 'Código Titular'. En el caso del DNI consignar "00" al final del número.  Nota: Para el caso de los Recién Nacidos, y por un periodo máximo de 50 días se consignará el número de documento de identidad de la madre. El valor en el campo debe de estar ajustado a lo derecho	10	22	31	C1. El campo está en blanco o nulo. C2. El Campo esta relleno con 'X' C3. El documento de identidad del asegurado no figura o no es igual al registrado en la base de datos de Asegurados remitida a la SUNASA.	C1 C2	C3
6	TipAsg	<u>Tipo de Aseguramiento a la IAFAS del Usuario Reclamante</u> Se consigna el tipo de Aseguramiento según los siguientes códigos 1. Seguro de Salud (PEAS, Planes específicos, planes complementarios) 2. Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) 3. Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) 4. No Asegurado	1	32	32	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El valor en el campo contiene un valor distinto a '1, 2, 3, 4'	C1 C2	
7	RegAsg	<u>Régimen del Usuario Reclamante.</u> 1. Régimen Subsidiado 2. Régimen Semicontributivo 3. Régimen Contributivo 4. No asegurado	1	33	33	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El valor en el campo contiene un valor distinto a '1, 2, 3, 4'	C1 C2	
8	FecNac	<u>Fecha nacimiento del usuario reclamante</u> Se consigna la fecha en el formato AAAAMMDD	8	34	41	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo C2. El valor en el campo está relleno con "X" C3. El valor en el campo contiene una fecha inválida (numero de día no es permitido con respecto al año y mes)	C1 C2 C3	
9	Sexo	<u>Sexo del usuario reclamante</u> Sexo del usuario que presenta el reclamo según el siguiente código 0: Femenino 1: Masculino	1	42	42	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El campo contiene caracteres diferentes a 0 ó 1	C1 C2	
10	UbiRes	<u>Ubigeo residencia del Usuario Reclamante.</u> Ubigeo de residencia del usuario que presenta el reclamo. El número de Ubigeo se obtiene de la información contenida en el DNI del usuario.	6	43	48	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El valor en el campo no está registrado en la tabla de 'UBIGEO'	C1 C2	
11	TipVL	<u>Tipo de vínculo laboral del titular del seguro</u> Se consigna si el usuario tiene algún tipo de vínculo laboral 0. Sin vínculo laboral (Independiente) 1. Vínculo laboral (Dependiente)	1	49	49	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El valor en el campo contiene un valor distinto a '0 ó 1'	C1 C2	



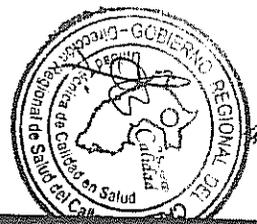
Nro	Nombre del campo	Descripción	Long. Máximo	Pos. Inicial	Pos. Final	Criterio de validación EL DATO SE CONSIDERA INCONSISTENTE CUANDO (C= CRITERIO X)	Módulo	
							AFAS	SUNASA
12	RUCEmp	<u>Número de RUC de la empresa o entidad empleadora.</u>  Este dato corresponde al RUC de la empresa donde trabaja el Asegurado o titular, para el caso del seguro regular y el SCTR dependiente, en el caso de asegurados independientes, subsidiados, semicontributivos o de no asegurados se debe de rellenar de "9s"	11	50	60	C1. Cuando el Tipo de Aseguramiento (TipoAsg) sea "regular '1' o SCTR '7', el valor en el campo debe de corresponder a un RUC válido. Es inconsistente cuando a. El valor en el campo está en blanco o nulo. b. El valor en el campo tiene una longitud distinta a 11 dígitos c. El número de RUC contiene caracteres diferentes al rango numérico del [0 al 9]. d. El número de RUC no está registrado en la tabla de RUCs de Empleadoras. C2. Cuando el Tipo de Aseguramiento (TipoAsg) sea '2, 3, 4, 5, 6, u 8' el valor en el campo no es aplicable, por lo que debe ser rellenado con nueves '9s'.	C1 a C1 b C1 c C1 e	
Del Reclamo 13	FecRec	<u>Fecha de presentación del reclamo</u> Se consigna la fecha en el formato AAAAMMDD	8	61	68	C1. El valor en el campo está en blanco. C2. El valor en el campo está relleno con 'X'. C3. El valor en el campo contiene una fecha inválida (número de día no es permitido con respecto al año y mes). C4. El valor en el campo contiene fecha mayor al día del traslado del reclamo a la entidad competente.	C1 C2 C3 C4	
14	CorRR	<u>Número Correlativo de Reclamo</u> El número "correlativo" corresponde a un numeral de 5 dígitos	5	69	73	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo C2. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de cinco C3. El valor en el campo contiene caracteres diferentes al rango numérico del [0 al 9]	C1 C2 C3	
15	CorCauEsp	<u>Correlativo de causa específica</u> Se consigna el número correlativo de las causas específicas comprendidas en un mismo reclamo	1	74	74	C1. El valor en el campo está en blanco. C2. El valor en el campo está relleno con 'X'. C3. El valor en el campo contiene caracteres diferentes al rango numérico del [1 al 9]	C1 C2	
16	FecTIEC	<u>Fecha de traslado del reclamo a la entidad competente</u> Se consigna la fecha en el formato AAAAMMDD En los casos que el reclamo haya sido presentado a la entidad competente se repetirá la fecha de presentación del mismo  En los casos que el reclamo haya sido presentado a la entidad competente se repetirá la fecha de presentación del mismo	8	75	82	C1. El valor en el campo está en blanco C2. El valor en el campo está relleno con 'X'. C3. El valor en el campo contiene una fecha inválida (número de día no es permitido con respecto al año y mes) C4. El valor en el campo contiene fecha menor al día de presentación del reclamo	C1 C2 C3 C4	

*[Handwritten signature]*





I. ADRIANZEN C.



Nro	Nombre del campo	Descripción	Long. Máxima	Pos. Inicial	Pos. Final	criterio de validación	Módulo	
						EL DATO SE CONSIDERA INCONSISTENTE CUANDO (C* = CRITERIO *):	IAFAS	SUNASA
17	CorREC	<u>Número Correlativo de Reclamo en la entidad competente</u> El número "correlativo" corresponde a un numeral de 5 dígitos	8	83	90	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo C2. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de cinco C3. El valor en el campo contiene caracteres diferentes al rango numérico del (0 al 9)	C1	
		En los casos que el reclamo haya sido presentado a la entidad competente se repite el Número Correlativo de Reclamo En los casos que el reclamo haya sido trasladado, es decir el campo 17 es diferente al campo 14 no se consignará la información en los siguientes campos, excepto en el campo N° 24. Estado del reclamo, en el que se consignará el numeral "3" trasladado a entidad competente						
18	ModRec	<u>Modalidad de presentación del reclamo</u> Se consigna la forma de presentación del reclamo según los siguientes códigos:  1. Presentación verbal en persona 2. Presentación telefónica 3. Presentación vía formato web 4. Presentación por formato escrito o carta	1	91	91	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo C2. El valor en el campo contiene un valor distinto a 1, 2, 3 o 4	C1	C2
19	DetOrig	<u>Detalle del servicio donde se origina el reclamo</u> Se consigna el código de dos (2) dígitos del servicio donde se efectuó el hecho que originó el reclamo según los siguientes códigos:  01. Atención a domicilio, no incluida emergencia 02. Atención en planta 03. Consulta telefónica 04. Farmacia 05. Atención de emergencia a domicilio 06. Atención Hospitalaria 07. Atención ambulatoria 08. Atención de emergencia no domiciliaria 09. Servicios médicos de apoyo. 10. Oficinas o áreas administrativas de IAFAS o IPRESS	2	92	93	C1. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de dos C2. El valor en el campo contiene caracter diferentes a 01 al 10	C1	
20	AmbRec	<u>Ámbito o alcance del reclamo</u> Se consigna la Garantía Explícita a la que se refiere el reclamo según los siguientes códigos:  1: Oportunidad 2: Eficiencia y Protección financiera 3: Accesibilidad 4: Calidad de la atención de salud	2	94	95	C1. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de uno C2. El valor en el campo contiene caracter diferentes a 1, 2, 3, o 4.	C1	
21	CauRec	<u>Causa del Reclamo</u> Se consigna la causa del reclamo según el detalle y los códigos del Anexo N° 1 formando un numeral de cuatro dígitos, los dos primeros corresponden al código de causa de reclamo y los dos últimos el ítem.	4	96	99	C1. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de cuatro C2. El valor en el campo contiene caracter diferentes a números	C1	
22	Monto	<u>Monto del Reclamo</u>  Se consignará el monto causa del reclamo en los casos que corresponde, en Nuevos Soles, sin decimales y sin comas ni puntos. Cuando el reclamo no involucra un monto se rellena el campo con "ceros"	7	100	106	C1. El valor en el campo contiene caracter diferentes a números.	C1	



Nro	Nombre del campo	Descripción	Long. Máxima	Pos. Inicial	Pos. Final	Criterio de validación		Módulo	
						EL DATO SE CONSIDERA INCONSISTENTE CUANDO (C1= CRITERIO 1)		IAFAS	SUNASA
23	AmpPlz	<p>Requiere ampliación de plazo para la solución del reclamo</p> <p>"1" si se requiere ampliación de plazo</p> <p>"0" si no se requiere de ampliación del plazo</p>	1	107	107	C1. El valor en el campo contiene más de un carácter	C1		
24	AmpPlz	<p>Ampliación de Plazo</p> <p>- En los casos en que en AmpPlz se consigne "1" en este campo se consignará el número de días de ampliación del plazo establecido por la IPRESS o la IAFAS</p> <p>- En caso que en que en AmpPlz se consigne "0" en este campo se consignará también valor "0"</p>	1	108	108	C1. El valor en el campo contiene más de un carácter	C1		
25	EstiRec	<p>Estado del Reclamo</p> <p>Se consigna la situación en que se encuentra el trámite del reclamo según los siguientes códigos</p> <p>1. Resuelto.- se considera a los reclamos con reporte de notificación del Informe de Resultado del Reclamo al usuario</p> <p>2. En trámite</p> <p>3. Traslado a entidad competente</p> <p>4. Anulado; en caso de error de registro</p>	1	109	109	C1. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de uno	C1		
26	ResRec	<p>Resultado del Reclamo</p> <p>Se consigna el carácter final del reclamo, como resultado del proceso, en el caso en que en el rubro anterior se consignará el código "1".</p> <p>Se consignará el dato según los siguientes códigos:</p> <p>1. Fundado</p> <p>2. Infundado</p> <p>3. Concluido anticipadamente (desistimiento, conciliación, arbitraje o transacción extra judicial)</p> <p>4. Improcedente en los casos de:</p> <p>- Extemporaneidad en la presentación del reclamo donde no exista el impedimento material justificante o este no se encuentre debidamente justificado</p> <p>- Cuando el reclamo ya cuenta con un Informe de Resultado de Reclamo acuerdo conciliatorio o laudo arbitral.</p>	1	110	110	C1. El valor en el campo contiene algún tipo de carácter siendo que en el rubro anterior se consigno el numeral "2", "3" o "4"	C1		
27	FecRes	<p>Fecha de resultado de solución del reclamo</p> <p>Se consignará la fecha si el proceso tiene la condición de resuelto.</p> <p>Se consigna la fecha en el formato AAAAMDD</p>	8	111	118	C1. El valor en el campo está en blanco, siendo que en el campo 19 se ha consignado el numeral "1"	C1		
28	FecAcl	<p>Fecha de última Actualización del expediente</p> <p>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</p> <p>Se consigna la fecha en el formato AAAAMDD</p>	8	119	126	C2. El valor en el campo está relleno con 'X'	C2		
						C3. El valor en el campo contiene una fecha inválida (número de día no es permitido con respecto al año y mes).	C3		
						C4. El valor en el campo contiene fecha mayor al día del envío	C4		
						C5. El valor en el campo contiene fecha menor que la consignada en el campo 9	C5		
						C1. El valor en el campo está relleno con 'X'	C1		
						C2. El valor en el campo contiene una fecha inválida (número de día no es permitido con respecto al año y mes).	C2		
						C3. La fecha de actualización es anterior a la fecha del reclamo.	C3		

*[Handwritten signature]*



