



**CIRCULAR N° 3782 / 17-10-2023**

Correlativo Interno N° [6697]

**VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS OTORGADOS A TERCEROS**

**MODIFICA EL TÍTULO I. GENERALIDADES DEL LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS; EL TÍTULO IV. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO CONTABLES Y EL TÍTULO II. GESTIÓN DE REPORTES E INFORMACIÓN PARA LA SUPERVISIÓN (GRIS) DEL LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES, DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SEGURO SOCIAL DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA LEY N°16.744**



La Superintendencia de Seguridad Social, en el uso de las atribuciones que le confieren los artículos 2°, 3°, 30 y 38 letra d) de la Ley N°16.395 y el artículo 12 de la Ley N°16.744, ha estimado pertinente impartir instrucciones relativas a los prestaciones médicas que pueden otorgar los organismos administradores, conforme a lo establecido en el artículo 29 del D.L. N°1.819, de 1977, y en su reglamento, el Decreto N°33, de 1978, del Ministerio de Hacienda, a través de modificaciones y/o complementaciones del Título I. Generalidades del Libro V. Prestaciones Médicas y del Título IV. Información Financiera del Libro VIII. Aspectos Financiero Contables, del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744.

## **I. INTRODÚCENSE LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES EN EL TÍTULO I. GENERALIDADES, DEL LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS:**

1. Modifícase la Letra B. Prestaciones médicas de la Ley N°16.744, de la siguiente forma:
  - a. Elimínase del número 4. Otorgamiento de las prestaciones médicas, los párrafos octavo al décimo tercero, pasando el actual párrafo décimo cuarto a ser el nuevo párrafo octavo.
  - b. Agrégase el siguiente número 6. Otorgamiento de servicios o prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819 nuevo:

“Los trabajadores que soliciten atención médica como pacientes privados deberán ser advertidos al momento de agendar, por cualquier medio, su hora de atención, que si surge y se confirma una sospecha sobre el origen laboral de su dolencia, se iniciará un proceso de calificación de origen o serán derivados para tal efecto al organismo administrador al que se encuentra adherida o afiliada su entidad empleadora o bien a esta última, si ejerce la administración delegada del Seguro de la Ley N°16.744.

Si el profesional de la salud que brinda atención al trabajador no es médico y le surgen dudas sobre el posible origen laboral de su afección, deberá informarle por escrito que será derivado a un médico de la mutualidad para la eventual confirmación de esa sospecha y que, a partir de entonces, se suspenderá su atención como paciente privado. El trabajador podrá suscribir ese documento, en señal de haber tomado conocimiento de la derivación y si no lo hace, se deberá dejar constancia de ello. Además, se deberá informar al trabajador el día, hora y lugar en que será atendido por ese médico, haciéndole presente que dicha atención no tendrá costo para él.

En cambio, si el profesional que le brinda atención es un médico, podrá por sí mismo confirmar esa sospecha, tan pronto le surja la duda sobre el posible origen laboral de la afección.

Efectuada la confirmación de la sospecha, se deberá notificar al trabajador personalmente, por carta certificada o por correo electrónico, que se generará la respectiva denuncia y dará inicio al proceso de calificación del origen común o laboral de su afección o bien, que esa denuncia será remitida al organismo administrador o empresa con administración delegada que corresponda, al que deberá acudir para la realización de ese proceso.

Sólo se podrá continuar atendiendo al trabajador como paciente privado, si el médico no confirma la sospecha o cuando habiéndola confirmado, en el proceso de calificación posterior se determine que es de etiología común.

La extensión de la atención médica a los pacientes privados - conforme a lo establecido en el artículo 29 del D.L. N°1.819, de 1977, y en su reglamento, el Decreto N°33, de 1978, del Ministerio de Hacienda - en los hospitales u otros establecimientos asistenciales de salud dependientes de las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, deberá orientarse preferentemente hacia los trabajadores de sus empresas adherentes y las personas que le causen asignación familiar. Esta atención sólo se podrá realizar cuando la capacidad del establecimiento permita cubrir estos nuevos servicios sin alterar ni menoscabar en forma

alguna el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones que las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias les imponen.

Con todo, a fin de evaluar los riesgos que eventualmente podrían afectar a las mutualidades de empleadores que otorguen prestaciones médicas a terceros, o que pretendan aumentar los recintos hospitalarios o centros de salud en que actualmente están autorizados por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social para otorgar dichas prestaciones, especialmente en lo relacionado con lo que dispone el inciso segundo del artículo 6° del citado Decreto N° 33, esto es, “Dicho valor sólo considerará la reposición o reembolso del gasto y no involucrará utilidad.”; que se constate que no se está generando capacidad ociosa anticipada; que no exista menoscabo o desmedro en las prestaciones médicas otorgadas a los pacientes “ley”; y, adicionalmente, que les permita gestionar los eventuales riesgos reputacionales, deberán establecer las medidas pertinentes para prevenir, evitar o mitigar los efectos de la implementación de la ampliación de atenciones médicas a pacientes privados.

En este orden de ideas, esta Superintendencia expone a continuación cinco temas que, a lo menos, las mutualidades deberán contemplar y monitorear con el objeto de mantener las autorizaciones con que cuentan de parte del Ministerio del Trabajo y Previsión Social para el otorgamiento de las referidas prestaciones. Los temas son los siguientes:

a) Conflictos de interés:

En virtud de la factibilidad que se presenten cuestionamientos a las calificaciones de origen común efectuadas por las mutualidades, relacionados con trabajadores a quienes, con posterioridad a dicha calificación, continúen atendiendo como pacientes del sistema de salud común, se advierten dos focos de conflictos de interés que deben ser abordados por esos organismos. El primero, dice relación con las eventuales críticas que las mutualidades pudieran recibir por efectuar calificaciones de forma subjetiva. El segundo foco, se relaciona con que las mutualidades, producto de las supuestas calificaciones subjetivas o erróneas, queden en ventaja para hacerse cargo de la prestación médica frente a otros posibles prestadores.

Por tanto, resulta pertinente que las mutualidades comuniquen, a través de todos sus canales de reserva de horas de atención, en sus sitio web y, en definitiva en todos sus establecimientos de atención que, como las mutualidades forman parte del conjunto de las instituciones que administran el Seguro de la Ley N°16.744, cualquier colaborador de una mutualidad y, en cualquiera de sus sedes o recintos hospitalarios, ante la sospecha o toma de conocimiento de que el origen de la patología por la que acude el paciente, tiene presuntamente un origen profesional, deberá efectuar la denuncia correspondiente directamente o previa coordinación y confirmación de un profesional de la salud, ante sí o ante otro organismo administrador, de ser procedente.

b) Cumplimiento de prohibición de generar utilidades:

Según dispone el artículo 6° del D.S. N° 33, ya citado, el valor de las prestaciones que otorguen los establecimientos hospitalarios de las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, en conformidad a dicho reglamento, será pagado por el beneficiario, sin perjuicio de lo que se establezcan los convenios de salud de éste. Dicho valor, sólo considerará la reposición o reembolso del gasto y no involucrará utilidad.

Con el objeto de dar una solución real a la aprehensión antes señalada, garantizando el cabal cumplimiento del artículo citado, en orden a que la eventual extensión que se les ha concedido o se les conceda en el futuro, no permitirá que se generen utilidades. De igual forma, deberán generar alternativas de solución que incluya procesos de registros contables como también administrativos y operacionales, que permitan dar cuenta de los reales costos incurridos en el otorgamiento de las prestaciones médicas a terceros.

c) Exposición a eventuales riesgos reputacionales:

El otorgamiento de atenciones de salud a pacientes privados, supone el uso de la capacidad instalada de las mutualidades, lo cual podría ser interpretado como una especie de “subsidio” del Seguro de la Ley N° 16.744 para el otorgamiento de prestaciones de salud común, circunstancia que podría derivar en potenciales denuncias por competencia desleal o discriminación con sus competidores de la salud privada, ya que eventualmente ofrecerían prestaciones a precios inferiores por los demás competidores de la industria.

d) Capacidad ociosa:

Se estima relevante evaluar un aspecto que dice relación con que las prestaciones médicas que se otorguen a pacientes privados, sean otorgadas como lo señala el inciso segundo del artículo 2° del citado D.S. N°33, esto es “con los recursos e instalaciones disponibles”, con los que cuentan las mutualidades de empleadores. En efecto, no resulta plausible generar, de manera anticipada e inorgánica, capacidad ociosa, de modo que cualquier iniciativa que se plantee en tal sentido, debe estar justificada en función de la demanda esperada de largo plazo de pacientes cubiertos por la Ley N°16.744, ya sea para atenciones de tipo ambulatoria u hospitalaria.

e) Eventual menoscabo o desmedro en las prestaciones médicas otorgadas a pacientes “ley”:

Conforme dispone el artículo 29 del D.L. N°1.819, las mutualidades de empleadores pueden ser autorizadas para extender la atención médica que presten en sus establecimientos, sólo cuando estén en condiciones para ello, sin que esto implique un desmedro de las obligaciones y funciones que les encomienden o impongan la legislación que les es aplicable, sus reglamentos o estatutos.

Por tanto, un aspecto que resulta esencial a verificar y controlar, en el ejercicio de la extensión de la atención médica a pacientes privados que se les ha autorizado, es que no se altere en forma alguna el cumplimiento de las funciones y obligaciones impuestas a las mutualidades como organismos administradores del seguro.

Lo anterior, implica que en todo momento las mutualidades, como consecuencia de la autorización con que cuentan y que les ha permitido implementar el otorgamiento de prestaciones médicas a pacientes privados, no puede afectar en modo alguno la oportunidad y calidad de las prestaciones médicas que otorga a los trabajadores cubiertos por el Seguro de la Ley N° 16.744.”.

- c. Agrégase el siguiente número 7. Indicadores de seguimiento de los eventuales efectos del otorgamiento de las prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819 nuevo:

“Con el objeto de contar con información transparente y continua en el tiempo, es fundamental que las mutualidades de empleadores realicen un seguimiento de distintos indicadores que permitan prevenir, mitigar y mantener bajo control, en caso de que se produzcan, los riesgos o aprehensiones que pudiesen tener y/o manifestar sectores de interés, por la participación de las mutualidades en el otorgamiento de prestaciones médicas por siniestros o afecciones de origen no laboral.

En tal sentido, las mutualidades con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 29 del D.L. N° 1.819 y su reglamento, esto es, no generar utilidad ni capacidad ociosa anticipada, no afectar la atención de los pacientes ley, deberán gestionar y monitorear, indicadores representativos de cada uno de los temas establecidos en el número 6 de esta Letra B.

Para esos efectos, en el Anexo N°3 “Indicadores mínimos para monitoreo de prestaciones médicas a terceros vinculadas a autorización por D.L. N° 1.819.”, se presenta un set mínimo de indicadores de monitoreo, los cuales la mutualidad deberá analizarlos, complementarlos e incluirlos, en su seguimiento periódico.

Con todo, las mutualidades deberán enviar a la Superintendencia de Seguridad Social un Informe Anual sobre la gestión y los indicadores de seguimiento relativos a las condiciones

interpuestas por el D.L. N°1.819, de 1977, para el otorgamiento de prestaciones de salud no laboral, en los centros de salud autorizados. Dicho informe debe contener, al menos, los siguientes elementos:

- a) Identificación de la autorización y centros de atención de salud vinculados.
  - b) Indicadores, relativos a los temas expuestos en el numeral 6. anterior, tales como los indicados en el Anexo N°3: Indicadores mínimos para monitoreo de prestaciones médicas a terceros vinculadas a autorización por D.L. N° 1.819.”, y otros que la entidad considere que se ajustan a la realidad de sus operaciones.
  - c) Información financiera contenida en la NOTA 44 ESTADO DE RESULTADOS DE LAS VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS.
  - d) Declaración que la entidad realice en el sentido de cumplir o no, las condiciones asociadas a mantener la autorización otorgada relacionada al D.L. N°1.819, de 1977.”.
2. Incorpórase en la Letra G. Anexos, el siguiente Anexo N°3: Indicadores mínimos para monitoreo de prestaciones médicas a terceros vinculadas a autorización por D.L. N°1.819, nuevo que se adjunta a esta circular.

## **II. INTRODÚCENSE LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES EN LA LETRA A. ESTADOS FINANCIEROS DE LAS MUTUALIDADES, DEL TÍTULO IV, DEL LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO CONTABLES.**

1. Modifícase el Capítulo I. Estados Financieros de la siguiente manera:
  - a. Modifícase el número 2. Estado de Resultados Consolidado por Función, en lo siguiente:
    - i. Agrégase al ítem 42010 Subsidios, el siguiente párrafo segundo nuevo “Deberán restarse en este ítem los dineros recuperados, por este concepto, en virtud de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.”.
    - ii. Agrégase al ítem 42040 Prestaciones médicas, el siguiente párrafo sexto nuevo “Deberán restarse en este ítem los dineros recuperados, por este concepto, en virtud de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.”.
    - iii. Reemplázase en el ítem 42160 Pérdidas por deterioro (reversiones), neta, la expresión “financieros y en sociedades” por la expresión “financieros, en sociedades y las ventas de servicios médicos a terceros”.
  - b. Modifícase el número 4. Estado de Flujo Efectivo Consolidado Directo, de la siguiente manera:
    - i. Agrégase al ítem 91510 Egresos por pago de subsidios, el siguiente párrafo segundo nuevo “Deberán restarse en este ítem los dineros recuperados, por este concepto, en virtud de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.”.
    - ii. Agrégase al ítem 91540 Egresos por prestaciones médicas, el siguiente párrafo segundo nuevo “Deberán restarse en este ítem los dineros recuperados, por este concepto, en virtud de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.”.
2. Modifícase el Capítulo III. Notas explicativas a los Estados Financieros, en lo siguiente:
  - a. Reemplázase el número 44. Nota 44 ventas de servicios médicos a terceros y costo de prestaciones médicas a terceros, por la siguiente:

“44. NOTA 44 ESTADO DE RESULTADOS DE LAS VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS  
**ESTADO DE RESULTADOS VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS**  
**(En miles de pesos)**

<b>PRESTACIONES MÉDICAS A TERCEROS (Grupos - Denominaciones)</b>	<b>Del 01/01/AA01 al DD/MM/AA01</b>	<b>Del 01/01/AA00 al DD/MM/AA00</b>
<b>INGRESOS POR VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS</b>		
GRUPO 01 ATENCIÓN ABIERTA		
GRUPO 02 ATENCIÓN CERRADA		
GRUPO 03 EXÁMENES DE LABORATORIO:		
GRUPO 04 IMAGENOLOGÍA		
GRUPO 05 MEDICINA NUCLEAR		
GRUPO 06 KINESIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL		
GRUPO 07 MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE TEJIDOS		
GRUPO 08 ANATOMÍA PATOLÓGICA		
GRUPO 09 PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA		
GRUPO 10 ENDOCRINOLOGÍA		
GRUPO 11 NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA		
GRUPO 12 OFTALMOLOGÍA		
GRUPO 13 OTORRINOLARINGOLOGÍA		
GRUPO 14 CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO		
GRUPO 15 CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA		
GRUPO 16 DERMATOLOGÍA Y TEGUMENTOS		
GRUPO 17 CARDIOLOGÍA. NEUMOLOGÍA. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y DE TÓRAX, NEUMOLOGÍA		
GRUPO 18 GASTROENTEROLOGÍA		
GRUPO 19 UROLOGÍA Y NEFROLOGÍA		
GRUPO 20 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA		
GRUPO 21 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		
GRUPO 22 ANESTESIA		
GRUPO 23 PRÓTESIS , ORTESIS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS		
GRUPO 24 TRASLADOS		
GRUPO 25 PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD)		
GRUPO 26 ATENCIONES INTEGRALES, OTROS PROFESIONALES Y TÉCNICOS		
GRUPO 28 PAGO ASOCIADO EMERGENCIA (PAE)		
GRUPO 29 TRATAMIENTOS INTEGRALES DE BRAQUITERAPIA, RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA		
EXÁMENES PREOCUPACIONALES		
OTRAS PRESTACIONES O SERVICIOS MÉDICOS		
<b>TOTAL INGRESOS POR VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS</b>		
<b>COSTO DE VENTA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS</b>		
GRUPO 01 ATENCIÓN ABIERTA		
GRUPO 02 ATENCIÓN CERRADA		
GRUPO 03 EXÁMENES DE LABORATORIO		
GRUPO 04 IMAGENOLOGÍA		
GRUPO 05 MEDICINA NUCLEAR		
GRUPO 06 KINESIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL		
GRUPO 07 MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE TEJIDOS		
GRUPO 08 ANATOMÍA PATOLÓGICA		
GRUPO 09 PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA		
GRUPO 10 ENDOCRINOLOGÍA		
GRUPO 11 NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA		

GRUPO 12 OFTALMOLOGÍA		
GRUPO 13 OTORRINOLARINGOLOGÍA		
GRUPO 14 CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO		
GRUPO 15 CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA		
GRUPO 16 DERMATOLOGÍA Y TEGUMENTOS	Y	
GRUPO 17 CARDIOLOGÍA. NEUMOLOGÍA. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y DE TÓRAX, NEUMOLOGÍA		
GRUPO 18 GASTROENTEROLOGÍA		
GRUPO 19 UROLOGÍA Y NEFROLOGÍA		
GRUPO 20 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	Y	
GRUPO 21 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		
GRUPO 22 ANESTESIA		
GRUPO 23 PRÓTESIS , ORTESIS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS		
GRUPO 24 TRASLADOS		
GRUPO 25 PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD)		
GRUPO 26 ATENCIONES INTEGRALES, OTROS PROFESIONALES Y TÉCNICOS		
GRUPO 28 PAGO ASOCIADO EMERGENCIA (PAE)		
GRUPO 29 TRATAMIENTOS INTEGRALES DE BRAQUITERAPIA, RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA		
EXÁMENES PREOCUPACIONALES		
OTRAS PRESTACIONES MÉDICAS NO CODIFICADAS		
<b>SUBTOTAL COSTO DE VENTA DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS</b>		
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y VENTAS		
AMORTIZACIONES		
DEPRECIACIÓN		
PÉRDIDA POR DETERIORO (REVERSIONES), NETA		
<b>UTILIDAD (PÉRDIDA) ANTES DE IMPUESTOS A LA RENTA</b>		
IMPUESTO A LA RENTA		
<b>UTILIDAD (PÉRDIDA) DEL EJERCICIO</b>		

La determinación del costo de las prestaciones médicas otorgadas a terceros, reflejadas en el estado de resultados precedente deberá emanar de un sistema de costeo determinado por la propia mutualidad. Dicho sistema debe contar con la validación de la empresa que audita sus estados financieros.”.

- b. Agrégase en el primer y segundo cuadro de número 45. Nota 45 Subsidios, entre las filas “Años anteriores” y “Total”, la fila “Recupero de subsidios (art. 77 bis, ley N°16.744)” nueva.
- c. Intercálese en el cuadro de número 48. Nota 48 Prestaciones médicas, entre las filas “Gastos indirectos” y “Total”, la fila “Recupero de prestaciones médicas (art. 77 bis, ley N°16.744)” nueva.

### III. INTRODÚCESE LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES A LA LETRA C. ANEXOS, DEL TÍTULO II, DEL LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES:

1. Agrégase en la letra D. Informes, del número III. Nombres de archivo de texto, del Anexo N°30: Formato de los archivos del sistema Gris, a continuación de la fila número D.18, la siguiente fila nueva:

N°	Nombre documento	Nombre archivo
----	------------------	----------------

D.19	Informe de gestión y monitoreo prestaciones de salud no laboral; D.L. N° 1.819.	Informe_gestion_DL1819
------	---	------------------------

2. Intercálase en la Letra B. Envío de archivo de texto, del Anexo N°31: Calendario de envío de los archivos del sistema Gris, entre la fila número D.18 y la fila número E.1, la siguiente fila nueva:

N°	Nombre documento	Periodicidad de envío	Fecha límite de envío
D.19	Informe de gestión y monitoreo prestaciones de salud no laboral; D.L. N° 1.819.	Anual	30 abril de cada año

#### IV. VIGENCIA.

Las modificaciones introducidas por la presente Circular, entrarán en vigencia a partir del 1° de enero de 2024.

#### V. DISPOSICIONES TRANSITORIAS.

La información contenida en la NOTA 44 “Estado de Resultados de las ventas de servicios médicos a terceros”, indicada en la letra a), del número 2, del Capítulo II, de esta circular, deberá reflejarse a partir de los estados financieros de diciembre de 2024.

**PAMELA GANA CORNEJO**  
**SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL**

**PSA/JFCC/MFR/ETS/CSM/EAE/FFA**

**DISTRIBUCIÓN:**

- Mutualidades del Seguro Ley N°16.744

Copia informativa:

- Oficina de partes



- Departamentos de la Intendencia de Seguridad y Salud en el trabajo



### ANEXO N°3

#### INDICADORES MÍNIMOS PARA MONITOREO DE PRESTACIONES MÉDICAS A TERCEROS VINCULADAS A AUTORIZACIÓN POR D.L. N° 1.819.

RIESGO ASOCIADO	CÓDIGO	INDICADORES
Conflictos de interés	1	Catastro de aprehensiones levantadas, por parte de diferentes actores relevantes tales como empresas adherentes, trabajadores, sindicatos, otros OA, etc.
Prohibición de generar utilidades	2	Estado de resultados de las ventas de servicios médicos a terceros (NOTA 44 de FUPEF).
Menoscabo o desmedro en prestaciones médicas otorgadas a pacientes ley	3	Tiempos de espera promedio (minutos) presencial de los pacientes en los centros de salud, hasta acceder a la prestación de salud.
	4	Tiempo de duración promedio (minutos) de la atención en los centros de salud.
	5	Encuesta descriptiva sobre satisfacción de pacientes de salud no laboral.
	6	Encuesta descriptiva sobre satisfacción de pacientes de salud laboral.
Exposición a eventuales riesgos reputacionales	7	Encuesta descriptiva sobre satisfacción de empresas adheridas.
	8	Demanda de atención segmentada por horario de los pacientes de salud laboral.
	9	Demanda de atención segmentado por horario de los pacientes de salud no laboral.

Firmado Electrónicamente por:			
	Nombre		PAMELA ALEJANDRA GANA CORNEJO
	Cargo		Superintendente de Seguridad Social
	Fecha y Hora		martes, 17 octubre 2023 08:55:15
	Autorizado		