

Santo Domingo, D.N.
27 de abril de 2026

SSRL-INT-2026-001527

CIRCULAR

A: **Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)**

Asunto: **Aprobación y puesta en vigencia del Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS) por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).**

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), en ejercicio de las atribuciones conferidas por la Ley Núm. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, atendiendo a las disposiciones legales contenidas en el Decreto Núm. 72-03 que establece el Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), con el propósito de eficientizar el sistema de gestión de la documentación, así como optimizar la remisión y entrega de las informaciones requeridas por esta Superintendencia para la aprobación de Planes Alternativos de Salud (PAS), tiene a bien notificar lo siguiente:

1. Se aprueba y se pone en vigencia el **“Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)”** con la finalidad de establecer los lineamientos para la evaluación integral de la documentación de los Planes Alternativos de Salud presentados por las ARS.
2. Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), podrán acceder al presente instructivo mediante la Oficina Virtual de la SISALRIL, utilizando el usuario institucional, principal o general, vinculado a su ARS y registrado en dicha plataforma. Una vez dentro del portal deberán dirigirse al menú: **Administración >> Documentos >> Manual**, para realizar la descarga correspondiente.
3. Deberán descargar de la Oficina Virtual en la sección: **Administración >> Documentos >> Manual**, el **“Manual de Registro de Planes Alternativos de Salud en la SISALRIL”** y su respectivo **“Instructivo de Usuario”** para fines de registro de las solicitudes de sus planes. En caso de que el personal de la ARS necesite alguna asistencia, se designa el contacto a través del correo: sigep@sisalril.gob.do, del Departamento de Gestión Actuarial de Planes Alternativos de Salud de la SISALRIL.
4. Los requisitos primordiales que las ARS deberán tomar en cuenta al momento de registrar las solicitudes de Planes Alternativos de Salud (PAS), a través de los módulos del Sistema de Información y Gestión de Planes (SIGEP) son:
 - a. Cumplir con lo establecido en la Circular SSRL-INT-2025-003104; y
 - b. Remitir mediante el buzón: sigep@sisalril.gob.do, las plantillas o documentos completados y/o cargados en el SIGEP, a saber:
 - i. Los Cuadros de Coberturas;

- ii. La Red de Prestadores de Servicios de Salud;
- iii. El Modelo de Contrato de Aseguramiento; y,
- iv. Los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera y las Notas Técnicas.

5. Se instruye a las ARS que el registro de los Planes Alternativos de Salud y su documentación, se ajuste a los requisitos y condiciones establecidos en el instructivo publicado en la Oficina Virtual de la SISALRIL y en el instructivo anexo.
6. Se instruye la notificación de la presente circular a las partes interesadas, a los fines de que surta sus efectos legales de manera inmediata, así como su publicación en la página web institucional de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

Dada en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los veintisiete (27) días del mes de abril del año dos mil veintiséis (2026).

Miguel Ceara Hatton
Superintendente



MCG/lmm/apo/afc

DGACT-DJ



Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
Miguel Ceara Hatton - Superintendente, (27 de abril de 2026),
Documento firmado digitalmente, para validar en medio electrónico
[https://correspondencia.sisalril.gob.do/ConsultaCorrespExterna/default.aspx?id=yQ8K
PZnPrfaW3mbw%2F1viT9R1NcNasFisUw%2FQ7S8WCBc%3D](https://correspondencia.sisalril.gob.do/ConsultaCorrespExterna/default.aspx?id=yQ8KPZnPrfaW3mbw%2F1viT9R1NcNasFisUw%2FQ7S8WCBc%3D)



SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES

Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)

Circular SSRL-INT-2026-001527

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
		Fecha: 27/4/2026
	Circular SSRL-INT-2026-001527	

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. Introducción.	3
2. Objetivo.....	3
3. Alcance.	3
4. Definiciones, abreviaturas y siglas.	3
5. Base legal o normativa.....	9
6. Roles y responsabilidades.....	9
7. Valuación de los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera.	10
8. Registro y gestión de los Planes Alternativos de Salud.	17
8.1 Registro de solicitudes de Planes Alternativos de Salud.	17
8.2 Evaluación de los Planes Alternativos de Salud y su documentación.	18
8.3 Resultado de la evaluación de los Planes Alternativos de Salud.....	18
8.4 Reuniones de seguimiento y coordinación.	18
8.5 Elaboración y remisión de comunicaciones.....	18
8.6 Notificación y actualización por parte de las ARS.	19
8.7 Notificación de cambios de estatus de los planes.	19

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
		Fecha: 27/4/2026
	Circular SSRL-INT-2026-001527	

1. Introducción.

El presente instructivo tiene por finalidad establecer las directrices operativas para el registro, evaluación, devolución, aprobación y seguimiento de los Planes Alternativos de Salud (PAS), conforme a lo dispuesto en la Ley No. 87-01 y sus normas complementarias, orientando a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) sobre los requisitos y procedimientos aplicables ante la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

El proceso comprende el registro de las solicitudes, la carga de la documentación requerida, la evaluación técnica por parte de la SISALRIL, así como la emisión de la respuesta correspondiente y la administración de la cartera de planes autorizados, a través de los sistemas institucionales habilitados.

2. Objetivo.

Establecer los lineamientos para la evaluación integral de la documentación de los Planes Alternativos de Salud sometidos por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) garantizando la estandarización, trazabilidad, control, transparencia y la adecuada administración de cartera de planes autorizados por la SISALRIL, conforme a lo establecido en la Ley 87-01 y sus normas complementarias vigentes.

3. Alcance.

El presente instructivo aplica inicialmente a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) para el registro de las solicitudes de evaluación de los Planes Alternativos de Salud (PAS) y su documentación, a ser sometidas a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). Este documento describe la trazabilidad del proceso de registro, evaluación, devolución y aprobación de los Planes Alternativos de Salud, desde la recepción de la documentación de los planes sometidos por las ARS hasta la emisión de la respuesta por parte de la SISALRIL, así como la administración de la cartera de planes autorizados, incluyendo la política para la elaboración de las Notas Técnicas correspondientes.

4. Definiciones, abreviaturas y siglas.

Definiciones.

Administradoras de Riesgos de Salud: Son entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud (PBS) a una determinada cantidad de beneficiarios, mediante un pago per cápita previamente establecido por el Consejo

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
		Fecha: 27/4/2026
	Circular SSRL-INT-2026-001527	

Nacional de Seguridad Social y serán denominadas como “ARS”, según el artículo 148 de la Ley 87-01. En lo adelante, cuando se refiera a las ARS, se incluye a la ARS SeNaSa.

Afiliado: Es la persona suscrita en el Plan Alternativo de Salud, en calidad de titular o dependiente.

Afiliados Únicos (Usuarios): Es la cantidad de afiliados únicos que demandaron los servicios cubiertos por el Plan Alternativo de Salud.

Aprobación: Es la autorización expresa de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a las ARS para comercializar los Planes Alternativos de Salud.

Beneficios Capitados: Son las coberturas que contratan las ARS para ofrecer a los afiliados a través de una entidad, mediante el pago de un monto fijo, por una cartera de afiliados y/o por afiliado. El monto pagado depende de las condiciones contratadas, no de la siniestralidad.

Cargos: Son los distintos incrementos o ajustes que se aplican a la Prima de Riesgo para obtener la Prima Comercial. Estos cargos se pueden calcular como un porcentaje de la Prima de Riesgo o de la Prima Comercial.

Coberturas Complementaria: Es la cobertura total o parcial del Copago y/o las Cuotas Moderadoras (Fija/Variable) establecidas para el PBS, incluyendo la ampliación de los límites monetarios para coberturas amparadas en el PDSS (Cobertura en Exceso), que se ofrecen en los planes que operan como complementarios al mismo. Esta cobertura también puede incluir los reembolsos y las ampliaciones de la red de PSS contratadas.

Condiciones Generales: Es el marco legal del Contrato de Aseguramiento contentivo de los términos y condiciones que regulan la relación contractual entre la ARS y el Contratante.

Condiciones Particulares: Son los beneficios contenidos en las plantillas de los Cuadros de Coberturas de los Planes Alternativos de Salud (PAS), donde se detalla el Copago, las Cuotas Moderadoras (Fija/Variable) y los topes máximos de los procedimientos y/o servicios que adquieren los afiliados, por los que se establece la prima comercial, la modalidad de pago.

Contrato de Aseguramiento: Es el documento legal utilizado para la suscripción de los beneficiarios en los Planes Alternativos de Salud (PAS), mediante el cual la ARS y el Contratante convienen los términos, condiciones y responsabilidades bajo los que se establece la relación contractual entre las partes, el cual está compuesto por las condiciones generales, las condiciones particulares (cuadro de coberturas), los anexos, los endosos, los adendum, las enmiendas, entre otros.

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
		Fecha: 27/4/2026
	Circular SSRL-INT-2026-001527	

Cuadro de Coberturas: Son las Condiciones Particulares de las coberturas de salud correspondientes a la descripción de los procedimientos y servicios contemplados en los Planes Alternativos de Salud (PAS), mediante las cuales se establece la prima comercial o el precio acordado, la descripción de las coberturas, la forma/modalidad de pago, los copagos/deducibles, las limitaciones, los topes máximos de la cobertura que adquiere alcance de las mismas y los beneficios que le corresponde al Afiliado/Beneficiario.

Devolución: Es la acción en el SIGEP derivada de la evaluación de la documentación de los planes en cada solicitud, que ocurre cuando se encuentran planes “Con hallazgos”.

Episodio: Es una relación de procedimientos/servicios realizados en un afiliado en una misma atención, ocurridos durante el período de estudio del plan.

Esquema de Cargos: Es la descripción de los cargos asociados a la administración de los Planes Alternativos de Salud. El Esquema de Cargos comprende los Gastos Generales y Administrativos, los Gastos de Comisión o Adquisición y la Utilidad.

Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera (Estudios Técnicos): Son los Estudios Técnicos que justifican las Primas de Riesgo de las coberturas ofrecidas en los Planes Alternativos de Salud, así como las Primas Comerciales de los mismos. Estos estudios deben presentar las operaciones matemáticas aplicadas para obtener las Primas de Riesgo de las coberturas ofrecidas y los cargos del Esquema de Cargos aplicados para determinar las Primas Comerciales de cada Plan, incluyendo las Notas Técnicas del Estudio.

Evaluación: Es el proceso de revisión y análisis de la documentación de los Planes Alternativos de Salud sometida por las ARS/ SeNaSa, con el objetivo de determinar si los planes deben ser aprobados o rechazados. Estos resultados podrán ser notificados por la SISALRIL, mediante notificaciones remitidas al representante principal de las ARS a través del (SIGEP) Sistema de Información y Gestión de Planes.

Formulario de Informe de Resultado de la Evaluación de los Planes Alternativos de Salud: Es un formulario diseñado para la presentación del resultado del proceso de evaluación de la documentación de los Planes Alternativos de Salud sometidos por las ARS/SeNaSa a la SISALRIL.

Formulario para Registro de Planes Alternativos de Salud en la SISALRIL: Es un formulario diseñado para el registro de las características, los documentos y las coberturas de los Planes Alternativos de Salud que la ARS/SeNaSa someten a evaluación de la SISALRIL. Este formulario está disponible en la Oficina Virtual de la SISALRIL.

Fuente de información: Es el origen de las informaciones sobre los servicios prestados a los afiliados, utilizadas para calcular la Prima de Riesgo de las coberturas ofrecidas en los Planes Alternativos de salud.

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
		Fecha: 27/4/2026
	Circular SSRL-INT-2026-001527	

Gastos de Comisión: Es el cargo correspondiente al pago a los intermediarios que gestionan la comercialización de los productos de la ARS.

Gasto en Salud: Es el monto del gasto en salud correspondiente al período de estudio del PAS utilizado como referencia para la estimación de la Prima de Riesgo del plan.

Gastos Generales y Administrativos: Es el cargo correspondiente a los gastos en que incurre la ARS para mantener su funcionamiento y desarrollo.

Inflación en Salud: Es el aumento generalizado y sostenido del nivel de precios de los servicios en salud del mercado durante un período de tiempo, generalmente no menor a un año.

Margen de Seguridad: Es el cargo para cubrir las posibles fluctuaciones de los costos de los servicios. Las medidas de dispersión utilizadas para estimar estas variaciones son; la varianza y la desviación típica, las cuales miden el grado de dispersión respecto a su media.

Margen de Utilidad: Es el cargo que estima percibir la ARS como beneficio por la comercialización de los Planes Alternativos de Salud.

Nota Técnica: Es una descripción de las características de los Planes Alternativos de Salud, la población objetivo, la fuente de información utilizada para determinar las Primas de Riesgo, el Período de Estudio considerado, la fecha de extracción de la fuente de información y las ecuaciones matemáticas aplicadas para determinar dichas primas.

Período de Cobertura: Fecha en la que la PSS presta el servicio autorizado por la ARS al afiliado.

Período de Estudio: Es el tiempo en días consecutivos (no menor a un año), que comprende un Período Inicio y un Período Termino, a los que corresponden los datos utilizados para la elaboración de los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera (ESTyF).

Período de Inicio: Fecha en la cual inicia el periodo de estudio escogido para la realización de los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera. Expresado en año y mes.

Período de Término: Fecha en la cual culmina el periodo de estudio escogido para la realización de los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera. Expresado en año y mes.

Plan Básico de Salud: Es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tienen derecho todos los afiliados que están en alguno de los siguientes regímenes: Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado; el contenido está definido en el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS).

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
	Circular SSRL-INT-2026-001527	Fecha: 27/4/2026

Plan de Servicios de Salud: Es el Plan de Servicios de Salud producto del acuerdo firmado por todos los sectores del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) el 19 de diciembre del 2006, ratificado mediante la resolución No. 151-05 del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) en fecha 11/01/2007, para posibilitar la entrada en vigor del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo; es considerado como una primera etapa de aplicación del Plan Básico de Salud (PBS).

Planes Alternativos de Salud: Son todas aquellas coberturas de salud que se constituyen en modalidades no obligatorias de acceso a los servicios de salud suscritos entre la ARS/SeNaSa y el Contratante/Afiliado; los tipos de planes que se contemplan son: Planes Complementarios, Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) y Planes Voluntarios (PV).

Planes Complementarios: Son todos aquellos planes que constituyen modalidades alternativas no obligatorias de acceso a servicios de salud local, comercializados y administrados por la ARS/SeNaSa y sus promotores de seguros de salud, y que no están incluidos en el PDSS aprobado por el CNSS o conformado por límites adicionales o topes de cobertura no contemplados en el Plan Básico de Salud (PBS); los servicios incluidos en estos planes son los llamados servicios Complementarios de Salud, entre los que podrán estar los procedimientos clínicos e intervenciones quirúrgicas y diagnósticas, los servicios tecnológicos especializados, los servicios de farmacia, hotelería adicional, prestaciones o servicios odontológicos, servicios de oftalmología y optometría, servicios de ambulancia, telemedicina, laboratorios clínicos y otros servicios y prestaciones ofrecidos por las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS).

Planes Especiales de Medicina Prepagada: Son todos aquellos tipos de planes individuales, familiares o colectivos de salud, diseñados por las ARS/SeNaSa, con el objetivo de suplir coberturas adaptadas a los requerimientos de cada afiliado o de cada empleador, para ser brindadas total o parcialmente en el exterior del país; estos planes podrán ser contratados por los afiliados al Régimen Contributivo en cualquier ARS/SeNaSa de su preferencia.

Planes Voluntarios: Son todos aquellos tipos de planes individuales, familiares o colectivos de salud, diseñados y administrados por la ARS/SeNaSa, con el objetivo de suplir coberturas de salud, tanto en el país como en el exterior, a favor de las personas o núcleos familiares que no cotizan al SDSS; las personas afiliadas a estos Planes no forman parte de la población registrada en nómina de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), por consiguiente no son parte del Régimen Subsidiado, ni tampoco del Régimen Contributivo dentro del Seguro Familiar de Salud.

Prestadores de Servicios de la Salud: Es todo aquel profesional de la salud legalmente facultado o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios ambulatorios de diagnósticos, farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por la Ministerio de Salud Pública

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
		Fecha: 27/4/2026
	Circular SSRL-INT-2026-001527	

(MSP) y serán denominadas como “PSS”, de acuerdo a la Ley 42-01, contratada por la ARS y cuya actividad principal sea proveer servicios de salud a los afiliados.

Prima Comercial: Es la tarifa de venta propuesta por la ARS para cada uno de sus Planes Alternativos de Salud, la cual está compuesta por la prima de riesgo y los cargos. Se expresa por persona y tiene una referencia temporal (anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimestral o mensual).

Prima de Riesgo: Es el costo del riesgo asumido por las ARS por afiliado para garantizar los beneficios ofrecidos en el Plan por un período de tiempo, sin considerar el Esquema de Cargos.

Seguro Familiar de Salud: Es el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, suministros, reconocimientos y prestaciones en dinero y especie que el Sistema Dominicano de Seguridad Social brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de su incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

Servicios: Es el registro detallado de la prestación de salud otorgada al afiliado, las cuales en conjunto conforman un episodio.

Valuación: Es el proceso técnico mediante el cual se estiman, mediante métodos matemáticos, estadísticos y financieros, las obligaciones futuras y la suficiencia de los recursos disponibles para hacer frente a la responsabilidad de la ARS frente a sus afiliados, con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera del SDSS.

Abreviaturas y siglas.

Abreviatura	Significado
ARS	Administradora de Riesgos de Salud
PAS	Plan Alternativo de Salud
PC	Plan Complementario
PEMP	Plan Especial de Medicina Prepagada
MISPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PBS/PDSS	Plan Básico de Salud / Plan de Servicio de Salud
PSS	Prestador de Servicios de Salud
SDSS	Sistema Dominicano de la Seguridad Social
SFS	Seguro Familiar de Salud
SRL	Seguro de Riesgos Laborales
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
PV	Plan Voluntario
SIGEP	Sistema de Información y Gestión de Planes

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
	Circular SSRL-INT-2026-001527	Fecha: 27/4/2026

Abreviatura	Significado
DGACT	Dirección de Gestión Actuarial del SFS y SRL
TSS	Tesorería de la Seguridad Social

5. Base legal o normativa.

El presente instructivo se fundamenta en las disposiciones establecidas en la Ley Núm. 87-01; el Reglamento del Seguro Familiar de Salud y Plan Básico de Salud; el Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) aprobado mediante Decreto Núm. 72-03; la Resolución CNSS No. 157-03; las Resoluciones Administrativas SISALRIL No. 110-2007, 138-2007 y Resoluciones Administrativas SISALRIL No. 200-2014 que aprueba la Normativa sobre los Planes Alternativos de Salud; así como en el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud, el Catálogo General de Coberturas del SIMON y el Catálogo de Documentos. De igual forma, se apoya en la Circular SSRL-INT-2025-003104, correspondiente al Manual de Registro de Planes Alternativos de Salud y su documentación, incluyendo el Instructivo de Usuario para dicho registro.

6. Roles y responsabilidades.

Entidad	Rol y responsabilidad principal
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)	Ente supervisor y fiscalizador del Sistema Dominicano de Seguridad Social, conforme al artículo 167 de la Ley Núm. 87-01. En el marco del presente instructivo, gestiona la evaluación de los Planes Alternativos de Salud sometidos por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) mediante el Sistema de Gestión de Procesos (SIGEP), a través de la evaluación de las condiciones generales y particulares de los planes, la valuación actuarial de las tarifas propuestas según los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera y las Notas Técnicas de los Planes Alternativos de Salud, y la ejecución de las acciones de “Generar aprobación”, “Rechazo definitivo” o “Devolución” de los planes sometidos.
Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)	Son las responsables de realizar las solicitudes de Planes Alternativos de Salud, de conformidad con las normativas aplicables, mediante el Sistema de Información y Gestión de Planes (SIGEP) y el buzón: SIGEP@sisalril.gob.do .

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
	Circular SSRL-INT-2026-001527	Fecha: 27/4/2026

7. Valuación de los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera.

Para la valuación de la SISALRIL de los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera de los Planes Alternativos de Salud (PAS) que deseen comercializar, las ARS deben especificar en el módulo “Nota Técnica” del SIGEP los puntos siguientes:

1. **Nombre de ARS.** Especificar el nombre comercial de la ARS o razón social.
2. **Nombre del Plan.** Especificar el nombre comercial del Plan Alternativo de Salud, incluyendo el tipo Plan, a saber, Complementario, Especial de Medicina Prepagada y Voluntario (Paquete/ Opcional).
3. **Descripción del Plan.** Especificar las características principales de las coberturas del Plan Alternativo de Salud y demás datos que caractericen los tipos de coberturas del producto.
4. **Modalidad del Plan.** Especificar la modalidad de contratación del Plan Alternativo de Salud (PAS), a saber, Individual, Colectivo e Individual y Colectivo
5. **Fuentes de información.** Indicar la fuente de información utilizada para la elaboración de los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiero (ESTyF), especificando los detalles siguientes:
 - a. **Período de estudio:** No menor a un (1) año.
 - i. **Planes nuevos.** En aquellos casos donde se tome la siniestralidad del Plan Básico de Salud para estimar la prima de riesgo de los Planes Alternativos de Salud, se debe escoger un periodo de estudio en el cual permanezca vigente únicamente una versión del PDSS.
 - ii. **Planes previamente aprobados.** Para las actualizaciones de planes previamente aprobados, el lapso transcurrido entre la fecha de sometimiento de los Estudios Técnicos y el “Período de Inicio” escogido debe de ser menor o igual a 2 años (siempre que la ARS cuente con una muestra significativa de datos), correspondiendo al mes inmediatamente posterior a la fecha de término del Estudio Técnico del plan sometido anteriormente por la ARS (Por ejemplo: Período de Estudio del expediente anterior: 201601 – 201612, Periodo de Inicio del expediente de actualizado: 201701).
 - b. **Fecha de extracción de los datos,** expresada en año y mes.
 - c. **Fuente de validación,** descripción de la fuente de validación. Para Planes Complementarios, Especiales de Medicina Prepagada y aquellos Planes Voluntarios que se basen en la experiencia siniestral del Plan Básico de Salud, solo se admite como fuente de validación las informaciones cargadas en el Esquema 35¹.

¹ **Nota:** En caso de incluir informaciones que no se encuentren contenidas dentro de los esquemas, deberá indicarse la fuente de validación correspondiente o adjuntarse un archivo que respalde su origen.

En lo concerniente a las prestaciones brindadas a través de una red ampliada o Premium (fuera de la red) dentro de los Planes Complementarios y Especiales de Medicina Prepagada, se establece que el PDSS deberá asumir el monto equivalente a las tarifas pactadas correspondientes a la red de prestadores contratada por la ARS dentro de la red del PDSS, aun cuando el servicio sea prestado por un

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
	Fecha: 27/4/2026	
	Circular SSRL-INT-2026-001527	

d. **Criterio de extracción**, descripción de los criterios de selección aplicados a las fuentes de informaciones utilizadas. La extracción de los datos debe ser por “Periodo de cobertura” (Campo: Fecha_realizacion_servicio).

6. **Clasificación de las coberturas**, por Grupo y Subgrupo de Cobertura para los beneficios contemplados en el “Catálogo de Prestaciones del PDSS”. Para los Servicios Complementarios, es decir, los servicios no amparados en el PDSS, estos deben ser presentados de manera separada a las cubiertas por dicho catálogo y agrupadas por “Cobertura Tipo Descripción”, tales como: Fármacos (Principio Activo), Actos Quirúrgicos/anestésicos, Vacunas, etc. (ver Cuadro 1), siempre que la estimación del costo de tales coberturas haya sido definida con base en la siniestralidad de otro plan (Ej. PBS).

7. **Resumen de los datos**, indicando totales y cantidad de registros antes de aplicar la metodología de conformidad con el siguiente Cuadro No.1²:

CUADRO NO. 1		COBERTURAS				PRESTACIONES DENTRO DE LA RED			PRESTACIONES FUERA DE LA RED		
●● SERVICIOS AMBULATORIOS		PDSS	Complementaria	En Exceso	Reembolsos	Gasto en Salud	Episodios (eventos)	Usuarios Afiliados	Gasto en Salud	Episodios (eventos)	Usuarios Afiliados
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN	Asistencia Prenatal	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	9,631.5 ²	8	8
	Prevención Fiebre Reumática	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	0	0	0
	Tratamiento Integral Niños y Niñas	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	0	0	0
	Infecciones de Transmisión Sexual	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	0	0	0
	Planificación Familiar	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	43,694.3	20	20
	Malaria	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	0	0	0
	Vacunas (Programa Ampliado de Inmunización -PAI)	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	83,965.2	80	80

proveedor perteneciente a la red Premium. En consecuencia, al Plan Complementario o Especial únicamente deberá imputársele la diferencia resultante entre la tarifa del prestador Premium y la tarifa pactada dentro de la red del PDSS.

A modo ilustrativo, si la tarifa pactada para consultas ambulatorias dentro de la red asciende a RD\$750.00, mientras que la correspondiente a un prestador preferencial es de RD\$2,000.00, y el Plan Complementario y/o Especial de Medicina Prepagada contempla la cobertura del copago al 100% hasta RD\$3,000, el PDSS asumirá el monto de RD\$750.00, equivalente a la tarifa establecida dentro de la red contratada. En consecuencia, la diferencia de RD\$1,250.00 sería cubierta por el Plan Complementario y/o Especial de Medicina Prepagada, siempre que se encuentre dentro de los límites y condiciones de cobertura establecidos en dicho plan.

² **Nota:** Todos los campos correspondientes a las variables “Gasto en Salud”, “Episodios (eventos)” y “Usuarios Afiliados” deben ser completados conforme a la estructura en el Cuadro No. 1, según las coberturas propuestas e indicadas en el Módulo “**Información Básica del Plan**”, sin omitir los datos de estas variables para los rubros ofrecidos en los tipos de servicios ofrecidos en sus planes, tales como: SERVICIOS AMBULATORIOS, SERVICIOS HOSPITALARIOS, SERVICIOS DE MATERNIDAD, ATENCIONES DE ALTO COSTO y TRANSPLANTE RENAL. En caso de agrupar los datos de algún tipo de servicio en uno o más rubros ofrecidos, deberán completar el registrar de las variables para estos campos con valor **cero (0)**.

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)		
	Circular SSRL-INT-2026-001527		Fecha: 27/4/2026

CUADRO NO. 1		COBERTURAS				PRESTACIONES DENTRO DE LA RED			PRESTACIONES FUERA DE LA RED		
	Salud Escolar	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	0	0	0
	Tratamiento Hipertensión Arterial	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	0	0	0
	Prevención Cáncer Cérvico-Uterino	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	0	0	0
	Prevención y Tratamiento Tuberculosis	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	65,324.9	32	30
	Prevención y Tratamiento Diabetes Tipo I - Insulino-Dependiente	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	75,963	26	23
	Prevención y Tratamiento Diabetes Tipo II - No Dependiente	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	32,189	12	10
	Vacunas No PAI	70%(Ilimitada)	30%	(No aplicable)	90%	96,785	80	65	56,471	42	38
ATENCIÓN AMBULATORIA	Consulta Medicina General	100% (Desde \$750.00)	(No aplicable)	\$2,000	90%	208,657.3	452	265	569,634	289	136
	Consulta Médica Nivel 2	100% (Desde \$750.00)	(No aplicable)	\$2,000	90%	365,489	565	254	756,326	356	239
	Consulta Médica Nivel 3	100% (Desde \$750.00)	(No aplicable)	\$2,000	90%	489,236	635	349	846,235	402	198
ODONTOLÓGIA	Aplicación de Cariostáticos	80% (Ilimitada)		(No aplicable)	80%	0	0	0	235,698	156	125
	Consulta de urgencia [2]	80% (Ilimitada)		(No aplicable)	80%	0	0	0	965,563	369	385
	Consulta preventiva, terapia fluorada	80% (Ilimitada)		(No aplicable)	80%	0	0	0	563,569	378	298
	Consulta, diagnóstico, fichado, plan de tratamiento	80% (Ilimitada)		(No aplicable)	80%	0	0	0	746,895	523	419
	Detec., control placa bacteriana - enseñanza higiene bucal	80% (Ilimitada)		(No aplicable)	80%	0	0	0	235,659	212	196
	Extracción de cuerpo extraño [2]	80% (Ilimitada)		(No aplicable)	80%	0	0	0	896,547	135	126
	Extracción dentaria [2]	80% (Ilimitada)		(No aplicable)	80%	0	0	0	652,149	186	149
	Incisión y drenaje de absceso [2]	80% (Ilimitada)		(No aplicable)	80%	0	0	0	0	0	0
	Tratamiento de la Gingivitis [2]	80% (Ilimitada)		(No aplicable)	80%	0	0	0	0	0	0
	Tratamiento Osteomielitis [2]	80% (Ilimitada)		(No aplicable)	80%	0	0	0	0	0	0
APOYO Dx	Laboratorios [5]	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)		563,896	465	356	0	0	0
	Rayos X	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)		864,213	634	426	0	0	0
	Ecografías	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)		429,632	346	296	0	0	0

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)		Fecha: 27/4/2026
	Circular SSRL-INT-2026-001527		

CUADRO NO. 1		COBERTURAS				PRESTACIONES DENTRO DE LA RED			PRESTACIONES FUERA DE LA RED		
	Otros Medios Dx [5]	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)		756,214	569	421	0	0	0
	Biopsias [5]	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)		365,128	301	245	0	0	0
	TAC	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)		896,457	659	423	0	0	0
	RNM	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)		289,653	187	142	0	0	0
REHABILITACIÓN	Consultas Rehabilitación	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)	80%	23,659	231	145	128,654	203	139
	Terapias rehabilitación [5]	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)	80%	84,236	665	453	186,356	356	312
	Aparatos y Prótesis	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)	80%	112,259	536	469	298,621	297	203
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	Medicamentos Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención	70% (Hasta \$12,000)	30%	\$8,000		1,653,185	264	193	0	0	0
SERVICIOS HOSPITALARIOS		PDSS	Complementaria	En Exceso	Reembolsos	Gasto en Salud	Episodios (eventos)	Usuarios Afiliados	Gasto en Salud	Episodios (eventos)	Usuarios Afiliados
HOSPITALIZACIÓN GENERAL Y ESPECIALIDADES BÁSICAS	Habitación por afiliado / por día	100% (Hasta 1,725.00) y 90% (Hasta \$2,415.00)	10%	\$5,000		2,659,328	786	428	0	0	0
	Consulta Hospitalaria (interconsulta)	80% (Desde \$800.00)	20%	(No aplicable)		236,459	463	396	0	0	0
	Internamiento No Quirúrgico	85% (Ilimitada)	15%	(No aplicable)		852,639	869	785	0	0	0
	Enfermera y auxiliar de enfermería	85% (Ilimitada)	15%	(No aplicable)		546,965	463	369	0	0	0
	Medicamentos	85% (Ilimitada)	15%	(No aplicable)		963,147	269	198	0	0	0
	Todas las prácticas diagnósticas del PDSS	85% (Ilimitada)	15%	(No aplicable)		952,787	564	439	0	0	0
	Insumos Hospitalarios	85% (Ilimitada)	15%	(No aplicable)		846,528	641	553	0	0	0
CIRUGÍA	Internamiento Quirúrgico	90% (Ilimitada)		(No aplicable)		0	0	0	0	0	0
	Cirujano o Subespecialista	90% (Ilimitada)		(No aplicable)		0	0	0	0	0	0
	Honorarios Anestesiólogo	90% (Ilimitada)		(No aplicable)		0	0	0	0	0	0
	Ayudantes de cirugía	90% (Ilimitada)		(No aplicable)		0	0	0	0	0	0
	Sala de cirugía	90% (Ilimitada)		(No aplicable)		0	0	0	0	0	0
	Material Gastable	90% (Ilimitada)		(No aplicable)		0	0	0	0	0	0
	Consulta Preanestesia	80% (Desde \$500.00)		(No aplicable)		0	0	0	0	0	0

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)		
	Circular SSRL-INT-2026-001527		Fecha: 27/4/2026

CUADRO NO. 1		COBERTURAS				PRESTACIONES DENTRO DE LA RED			PRESTACIONES FUERA DE LA RED		
HEMOTERAPIA	Aplicación de sangre y sus derivados	90% (Ilimitada)		(No aplicable)		0	0	0	0	0	0
•• SERVICIOS DE MATERNIDAD ••		PDSS	Complementaria	En Exceso	Reembolsos	Gasto en Salud	Episodios (eventos)	Usuarios Afiliados	Gasto en Salud	Episodios (eventos)	Usuarios Afiliados
ATENCIÓN DE PARTO NORMAL	Recibimiento niño	100% (Desde \$3,000.00)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	365,965	25	25
	Honorarios Gineco-obstetra	100% (Desde \$8,000.00)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	635,956	59	59
	Sala de parto y parto	100% (Ilimitada)	(No aplicable)	(No aplicable)	90%	0	0	0	856,753	73	73
ATENCIÓN POR CESÁREA	Recibimiento niño	80% (Desde \$2,800.00)	20%	(No aplicable)	90%	653,452	96	96	853,652	72	72
	Honorarios Gineco-obstetra	80% (Desde \$7,200.00)	20%	(No aplicable)	90%	753,159	97	97	892,153	81	81
	Honorarios Anestesiólogo	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)	90%	852,147	90	90	931,197	83	83
	Sala de cirugía y recuperación	80% (Ilimitada)	20%	(No aplicable)	90%	963,357	82	82	982,624	86	86
•• SERVICIOS DE ALTO COSTO ••		PDSS	Complementaria	En Exceso	Reembolsos	Gasto en Salud	Episodios (eventos)	Usuarios Afiliados	Gasto en Salud	Episodios (eventos)	Usuarios Afiliados
ATENCIÓNES ALTO COSTO (por afiliado / por año)	Cirugía de Corazón Abierto B y Pass [5]	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		569,635	12	10	0	0	0
	Angioplastia	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		0	0	0	0	0	0
	Valvuloplastia Mitral	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		0	0	0	0	0	0
	Trasplante de Cornea	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		328,964	16	12	0	0	0
	Hemodiálisis Renal [2,5]	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		653,856	46	44	0	0	0
	Diálisis Peritoneal [2]	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		0	0	0	0	0	0
	Reemplazo Articular Cadera [5]	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		0	0	0	0	0	0
	Reemplazo Articular Rodilla [5]	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		0	0	0	0	0	0
	Reemplazo Articular Hombro	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		0	0	0	0	0	0
	Columna: Cirugía Escoliosis	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		863,569	69	69	0	0	0

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)		Fecha: 27/4/2026
	Circular SSRL-INT-2026-001527		

CUADRO NO. 1		COBERTURAS				PRESTACIONES DENTRO DE LA RED			PRESTACIONES FUERA DE LA RED		
	Columna: Espondilolistesis Total	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		637,957	47	47	0	0	0
	Atención Prematuros	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		0	0	0	0	0	0
	Atención Unidad de Cuidados Intensivos	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		751,359	63	60	0	0	0
	Tratamiento del Cáncer Adultos [5]	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		569,983	82	56	0	0	0
	Tratamiento del Cáncer Pediátrico [5]	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		0	0	0	0	0	0
	Tratamiento de Politraumatismo (trauma mayor) [2]	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		0	0	0	0	0	0
	Tratamiento de Quemadura Graves (3er. Grado) [2]	80% (Hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		128,653	5	5	0	0	0
MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO PARA TRATAMIENTO ONCOLÓGICOS TOPE MONETARIO	Medicamentos de Alto Costo para Tratamiento Oncológicos tope monetario.	80% (Hasta 2,090,000.00)	20%	\$500,000		0	0	0	0	0	0
	Medicamentos de Alto Costo para Patologías distintas de Cáncer tope monetario.	80% (hasta \$1,000,000.00)	20%	\$500,000		0	0	0	0	0	0
SERVICIOS AMBULATORIOS		PDSS	Complementaria	En Exceso	Reembolsos	Gasto en Salud	Episodios (eventos)	Usuarios Afiliados	Gasto en Salud	Episodios (eventos)	Usuarios Afiliados
TRANSPLANTE RENAL (por afiliado / por año)	Pre-Transplante	80% (Hasta \$3,500,000.00)	20%	(No aplicable)		153,659	8	8	0	0	0
	Cobertura Donante Cadavérico	80% (Hasta \$3,500,000.00)	20%	(No aplicable)		196,563	8	8	0	0	0
	Transplante	80% (Hasta \$3,500,000.00)	20%	(No aplicable)		264,853	8	8	0	0	0
	Pos-Transplante	80% (Hasta \$3,500,000.00)	20%	(No aplicable)		163,249	8	8	0	0	0

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
		Fecha: 27/4/2026
	Circular SSRL-INT-2026-001527	

8. Afiliación expuesta. Especificar los afiliados expuestos a riesgos en el período de estudio de acuerdo con las fuentes de información utilizadas de conformidad con el siguiente Cuadro No.2:

CUADRO NO. 2: Ejemplo Población Afiliada Promedio	
Mes	Población Afiliada
201601	37,859
201602	37,382
201603	37,382
201604	36,316
201605	35,798
201606	32,945
201607	32,217
201608	27,447
201609	33,657
201610	26,981
201611	31,368
201612	27,505
Afiliación promedio:	33,071

9. Descripción metodológica. La descripción de la metodología debe de incluir los criterios utilizados para realizar los cálculos asociados a la estimación de la Prima de Riesgo y la Prima Comercial presentando las fórmulas y los parámetros utilizados para cada cobertura o servicio. Los Estudios Técnicos de los Planes Alternativos de Salud sometidos, deben contener las fórmulas utilizadas para determinar las Primas Puras y las Primas Comerciales de los mismos.

10. Informaciones adicionales. En el caso que sea aplicable y necesario para la comprensión de la totalidad de la Nota Técnica, deben tener un apartado con estas informaciones. Este apartado debe ser utilizado para la explicación de la metodología de cálculo de los planes individuales (opcionales), que cubren en exceso de los límites de cobertura amparados en el PDSS, excepto para las coberturas contratadas con proveedores especializados, bajo la modalidad de pago por capitación.

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
	Circular SSRL-INT-2026-001527	Fecha: 27/4/2026

11. Esquema de cargos. Los cargos que conforman este esquema deben ser establecidos bajo los criterios siguientes (ver Cuadro No. 3 en la sección “13. Anexos”):

CUADRO NO. 3: Esquema de Cargos	
Cargos	% Rangos
Gastos Generales y Administrativos	Debe ser igual al reportado en los Estados Financieros durante el Período de Estudio.
Gastos de Comisión	Debe ser igual al reportado en los Estados Financieros durante el Período de Estudio.
Margen de Utilidad	Debe ser igual al reportado en los Estados Financieros durante el Período de Estudio.
Margen de Seguridad	Debe ser menor o igual al 5% sobre la Prima de Riesgo. Este cargo podrá ser establecido en los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera de los Planes Alternativos de Salud nuevos y de aquellos que posean experiencia siniestral.
Inflación	Debe ser igual a lo reportado por el Banco Central de la República Dominicana para el Sector Salud, durante el Periodo de Estudio.

- a. **La suma conjunta de los “Gastos Generales y Administrativos”.** Los “Gastos de Comisión” y el “Margen de Utilidad” no debe superar el 35% de la Prima Comercial, en caso contrario deben justificar técnicamente el cargo que supere el porcentaje esperado en dicho esquema.
- b. **En caso de que la ARS someta un Plan Alternativo de Salud (Paquete/Opcional),** cuyas coberturas estén respaldadas por póliza de seguros, el esquema de cargos solo contemplará los cargos por: Gastos Generales y Administrativos, Gastos de Comisión y Margen de Utilidad, según aplique.

8. Registro y gestión de los Planes Alternativos de Salud.

8.1 Registro de solicitudes de Planes Alternativos de Salud.

Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) deberán registrar las solicitudes de Planes Alternativos de Salud a través de los módulos habilitados en el Sistema de Información y Gestión de Planes (SIGEP), disponible en la Oficina Virtual de la SISALRIL. Para tales fines, las ARS deberán cumplir con lo establecido en la Circular SSRL-INT-2025-003104, así como remitir, mediante el buzón electrónico sigep@sisalril.gob.do, las plantillas cargadas en el SIGEP correspondientes a los

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
		Fecha: 27/4/2026
	Circular SSRL-INT-2026-001527	

Cuadros de Coberturas, la Red de Prestadores de Servicios de Salud, el Modelo de Contrato de Aseguramiento y el Estudio de Suficiencia Técnica y Financiera.

8.2 Evaluación de los Planes Alternativos de Salud y su documentación.

Recibida la documentación correspondiente a los Planes Alternativos de Salud, la SISALRIL, a través de sus áreas técnicas, procederá a la evaluación integral de los mismos mediante el Sistema de Información y Gestión de Planes (SIGEP), en un plazo de 30 días laborales, contado a partir de la fecha de registro de la documentación en los módulos del SIGEP³. La validación de las coberturas se realizará en relación con los servicios contratados en los PSS sometidos. De igual forma, se efectuará la valuación de los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera, conforme a lo establecido en las Notas Técnicas.

8.3 Resultado de la evaluación de los Planes Alternativos de Salud.

Como resultado de la evaluación, cuando se identifiquen hallazgos, la SISALRIL procederá a la devolución del plan, otorgando un plazo de tres (3) a cinco (5) días laborales, a través del SIGEP, dependiendo del tipo de observación, a fin de que la ARS realice las correcciones correspondientes. En caso de que las observaciones no sean subsanadas dentro del plazo otorgado, se procederá al rechazo definitivo del plan. Por el contrario, cuando el plan cumpla con los criterios establecidos, la SISALRIL procederá a generar su aprobación y ordenar la elaboración de la comunicación correspondiente.

8.4 Reuniones de seguimiento y coordinación.

En los casos de los planes “con hallazgos”, en que se requiera la celebración de reuniones, las ARS podrán solicitar las mismas vía correo SIGEP@sisalril.gob.do, la SISALRIL podrá gestionar encuentros virtuales o presenciales, a fin de tratar los aspectos técnicos relacionados con la evaluación de los planes. Como resultado de dichas reuniones, se registrarán los acuerdos alcanzados en el módulo “Minutas” del SIGEP.

8.5 Elaboración y remisión de comunicaciones.

Una vez aprobados los Planes Alternativos de Salud, la SISALRIL procederá a la elaboración, validación y remisión de las comunicaciones formales correspondientes, incluyendo sus anexos, las cuales serán tramitadas a través de las instancias internas

3 Nota: En particular, la red de PSS de los Planes Alternativos de Salud previamente aprobados y registrados en el SIGEP, será validada contra el Esquema 28 reportado en el periodo de carga inmediatamente anterior al sometimiento de estos. Mientras que la red de PSS de los Planes Alternativos de Salud nuevos, es decir, que no han sido aprobados y registrados en el SIMON, el validada por el Sistema contra el “Catálogo General de Prestadores de Servicios de Salud”.

	Instructivo para el sometimiento de Planes Alternativos de Salud (PAS)	
		Fecha: 27/4/2026
	Circular SSRL-INT-2026-001527	

competentes hasta su firma por la autoridad correspondiente y su posterior envío a las ARS mediante los canales oficiales de correspondencia institucional.

8.6 Notificación y actualización por parte de las ARS.

Recibida la notificación, las ARS deberán realizar las actualizaciones correspondientes en relación con el estatus y la fecha de término de aplicación de los Planes Alternativos de Salud aprobados por la SISALRIL.

8.7 Notificación de cambios de estatus de los planes.

Asimismo, la SISALRIL podrá emitir comunicaciones de notificación relativas a cambios en el estatus de los Planes Alternativos de Salud aprobados, incluyendo aquellos casos en que los planes pasen de estado de inactivo a nulo, siguiendo el mismo flujo de validación, firma y remisión institucional hasta su notificación formal a las ARS.