

Manual de usuario de solicitudes EVTESA de la Oficina Virtual de SISALRIL

Manual de usuario de solicitudes EVTESA de la Oficina Virtual de SISALRIL

Índice de contenido

1. Introducción.....	3
2. Objetivo del manual	3
3. Alcance.....	3
4. Información importante antes de iniciar	3
5. Requisitos previos	4
6. Acceso al módulo de Solicitudes de EVTESA.....	4
6.1. ¿Cómo completar el formulario de solicitudes de EVTESA?	6
6.2. PASO 1. Datos del solicitante.....	6
6.3. PASO 2. Información de la tecnología	7
6.3.1. Medicamentos.....	8
6.3.2. Equipos médicos	8
6.3.3. Procedimientos médicos	9
6.4. PASO 3. Justificación de la solicitud.....	10
6.5. PASO 4. Verifica el resumen de las informaciones	11
6.6. PASO 5. Adjunta documentos requeridos	13

1. Introducción

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), en el marco de sus funciones como entidad responsable del proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (EVTESA), pone a disposición de los usuarios el módulo de solicitudes de EVTESA en la Oficina Virtual, con el propósito de facilitar la recepción, gestión y seguimiento de las solicitudes de evaluación para fines de incorporación de tecnologías sanitarias al Plan de Servicios de Salud (PDSS).

Este manual tiene como finalidad orientar a los usuarios en el proceso de registro, llenado y envío de solicitudes de EVTESA mediante la Oficina Virtual, describiendo cada uno de los campos del formulario y las recomendaciones para completar correctamente la información requerida.

2. Objetivo del manual

Brindar a los usuarios una guía práctica para el uso del módulo Solicitudes EVTESA de la Oficina Virtual de SISALRIL, facilitando el correcto registro y envío de solicitudes de evaluación de medicamentos, equipos y procedimientos médicos.

3. Alcance

Este manual está dirigido a todos los usuarios habilitados para presentar solicitudes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (EVTESA), incluyendo representantes de la industria farmacéutica, fabricantes de dispositivos médicos, prestadores de servicios de salud, sociedades médicas, asociaciones de pacientes, asociaciones profesionales, instituciones públicas y privadas, así como cualquier otro actor interesado en solicitar la evaluación de una tecnología sanitaria.

4. Información importante antes de iniciar

Antes de completar una solicitud, tenga presente las siguientes consideraciones:

- Las solicitudes de EVTESA pueden realizarse en los periodos de convocatoria, los cuales son publicadas en la página web de [SISALRIL](#), en la sección correspondiente a [EVTESA](#).
- Las solicitudes de EVTESA enviadas fuera del período de convocatoria serán recibidas y consideradas para la siguiente convocatoria vigente.
- Cada solicitud de EVTESA por tecnologías sanitarias (medicamento, procedimiento o equipo médico) debe corresponder a una única indicación terapéutica aprobada o población de uso.

- La tecnología sanitaria solicitada debe contar previamente con autorización de comercialización y uso en la indicación terapéutica solicitada, emitida por la Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS).
- En caso de requerir información adicional o asistencia durante el proceso, puede comunicarse al correo electrónico: evaluacion.ts@sisalril.gob.do.

5. Requisitos previos

Antes de iniciar una solicitud, el usuario deberá disponer de:

- Usuario registrado en la Oficina Virtual de SISALRIL.
- Información técnica de la tecnología sanitaria para su solicitud.
- Registro sanitario vigente emitido por la DIGEMAPS.
- Información sobre el precio de venta de la tecnología en el mercado local.
- Precio propuesto para el Seguro Familiar de Salud.

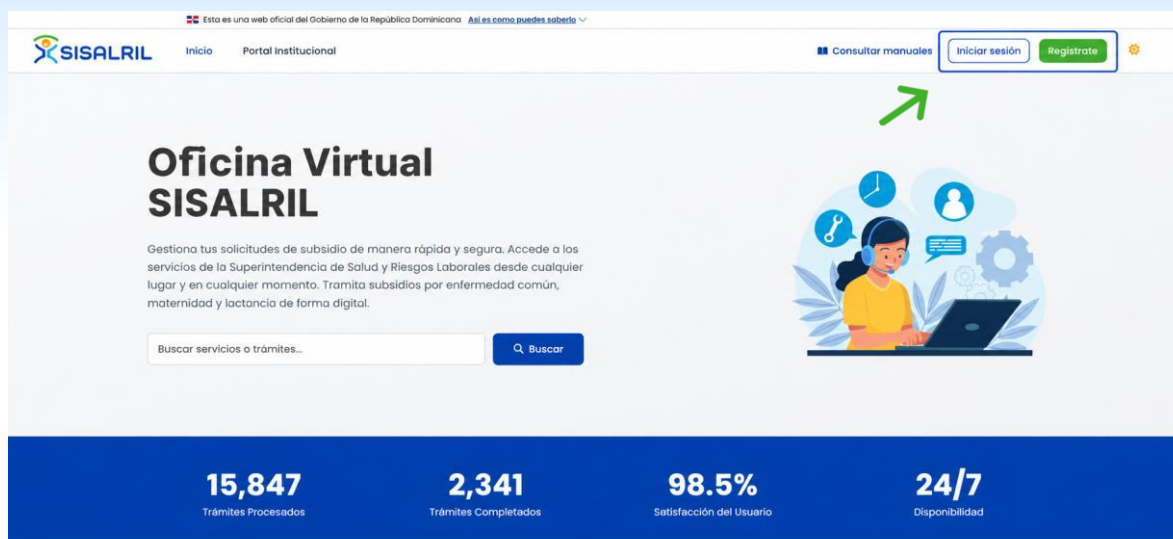
En caso de que la solicitud sea presentada por una institución o empresa, se recomienda utilizar un correo corporativo institucional genérico para facilitar el seguimiento de la solicitud por parte de diferentes representantes de la organización, EJ.: sisalril@sisalril.gob.do.

6. Acceso al módulo de Solicitudes de EVTESA

Para registrar una nueva solicitud, siga los siguientes pasos:

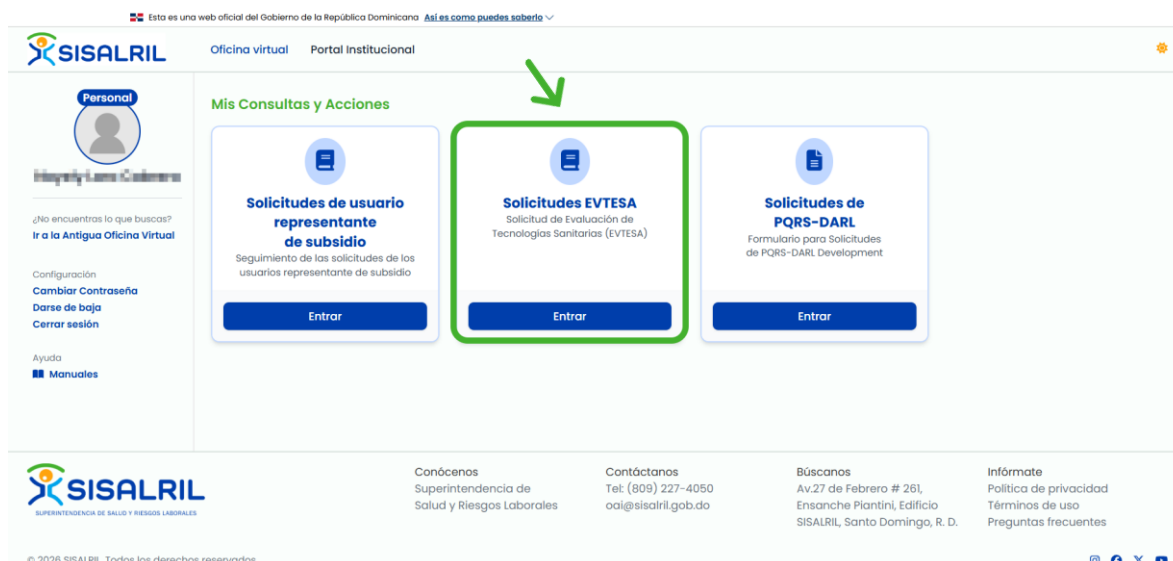
Primero

- Ingrese a la [Oficina Virtual](#) de SISALRIL.
- Si aún no posee una cuenta de usuario, deberá completar previamente el proceso de registro.
- Si ya está registrado, ingrese con su usuario y contraseña.



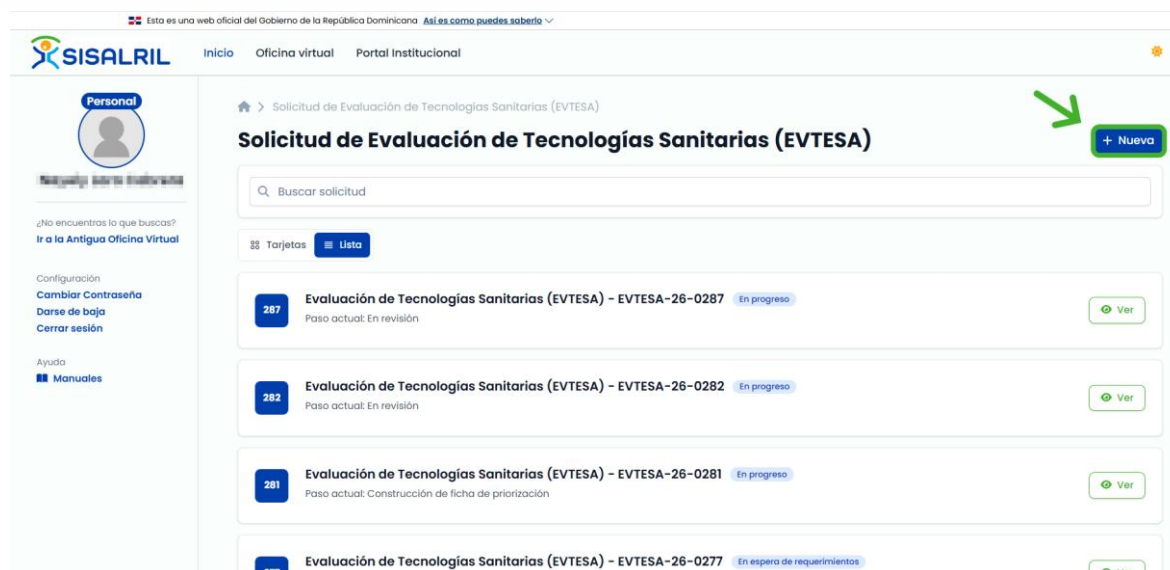
Segundo

- Seleccione el módulo **Solicitudes EVTESA**.



Tercero

- Presione el botón **Nueva** para crear una nueva solicitud.
- El sistema mostrará el formulario correspondiente.



6.1. ¿Cómo completar el formulario de solicitudes de EVTESA?

Para completar el formulario de solicitud de evaluación debe completar los siguientes pasos:

- PASO 1. Datos del solicitante
- PASO 2. Información de la tecnología
- PASO 3. Justificación de la solicitud
- PASO 4. Verifica el resumen de las informaciones
- PASO 5. Adjuntar los documentos requeridos

6.2. PASO 1. Datos del solicitante

En primer lugar, complete la sección Datos del solicitante, proporcionando la información de identificación y contacto requerida. A continuación, se describen los campos que conforman esta sección y como se debe ser completado:

1 PASO 1
DATOS DEL SOLICITANTE

2 PASO 2
INFORMACIÓN DE LA TECNOLOGÍA

3 PASO 3
JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

4 PASO 4
RESUMEN DEL FORMULARIO

5 PASO 5
DOCUMENTOS


OFICINA VIRTUAL

1 DATOS DEL SOLICITANTE
Campos obligatorios marcados con asterisco (*)

TIPO DE DOCUMENTO * i

1 Cédula x v

NÚMERO DE DOCUMENTO * i

0000000000

NOMBRE *

2 XXXX XXXX XXXX

PROFESIÓN/ESPECIALIDAD/ASOCIACIÓN * i

3 XXXX XXXX XXXX

TELÉFONO * i

4 8090000000

CELULAR * i

5 8090000000

6 TIPO DE SOLICITUD * i

Seleccione...

- Medicamento
- Equipo médico
- Procedimiento

7 SECTOR AL QUE PERTENECE * i

XXXX XXXX x v

SIGUIENTE

¿QUÉ DEBO LLENAR EN CADA CAMPO?

1 Cédula
Número de identificación del solicitante, sin guiones.
Ejemplo: 0010000000 (sin guiones)

2 Nombre
Nombre completo del solicitante.
Ejemplo: Juan Pérez García

3 Profesión / Especialidad / Asociación
Profesión, especialidad médica o asociación/institución a la que pertenece el solicitante.
Ejemplo: Químico Farmacéutico / ACOLFARMA

4 Teléfono
Número de teléfono de contacto, sin guiones.
Ejemplo: 8090000000 (sin guiones)

5 Celular
Número de teléfono móvil de contacto, sin guiones.
Ejemplo: 8090000000 (sin guiones)

6 Tipo de solicitud
Seleccione el tipo de tecnología sanitaria para la cual desea presentar la solicitud, según corresponda.
Ejemplo: Equipo médico.

7 Sector al que pertenece
Seleccione el sector al que pertenece la institución u organización que representa.
Ejemplo: Prestador de Servicios de Salud

 **RECUERDE:** Todos los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios. Revise que la información sea correcta y completa antes de continuar.

Una vez completada la información del solicitante, seleccione el tipo de solicitud que desea someter a evaluación. El formulario de solicitud le permite registrar solicitudes para las siguientes categorías:

- Medicamentos
- Equipos médicos
- Procedimientos médicos

Importante: La información suministrada en esta sección será utilizada por SISALRIL para establecer la comunicación con el solicitante, de ser necesario, para proceso de evaluación.

6.3. PASO 2. Información de la tecnología

Dependiendo del “tipo de solicitud” seleccionada se debe completar el paso 2. A continuación se muestra el llenado del formulario, según la opción seleccionada (medicamento/ equipo médico / procedimiento médico):

6.3.1. Medicamentos

En caso de seleccionar la opción Medicamento como tipo de solicitud, deberá completar la sección Información de la tecnología sanitaria, proporcionando la información del medicamento para el cual solicita la evaluación. A continuación, se describen los campos que componen esta sección e información de cómo debe completarlo:

Complete **cada campo** con la información solicitada según se indica a continuación:

2 INFORMACIÓN DE LA TECNOLOGÍA
Campos obligatorios marcados con asterisco (*)

POBLACIÓN * 52 / 205 Máximo caracteres

1 Personas adultas con dolor de cabeza leve a moderado

NOMBRE COMERCIAL INNOVADOR * 2 Tylenol XX

NOMBRE GÉNÉRICO INNOVADOR * 3 Acetaminofén

NOMBRE COMERCIAL CONVENCIONAL * 4 Motrin XX

NOMBRE GÉNÉRICO CONVENCIONAL * 5 Ibuprofeno

PRESENTACIÓN COMERCIAL INNOVADORA * 6 Pastillas/Tabletas/Comprimido

PRESENTACIÓN COMERCIAL CONVENCIONAL * 7 Pastillas/Tabletas/Comprimido

FRECUENCIA DE USO DEL INNOVADOR * 8 Cada 6-8 horas, según necesidad.

DOSIS DEL INNOVADOR * 9 500 mg por dosis

ESPECIALIDAD MÉDICA A LA QUE SE DIRIGE * 10 Medicina Familiar y Comunitaria

ANTERIOR SIGUIENTE

¿QUÉ DEBO LLENAR EN CADA CAMPO?

- Población**
Describa la población objetivo y la indicación terapéutica aprobada para la cual está destinado el medicamento.
Ejemplo: Personas adultas con dolor de cabeza leve a moderado.
- Nombre comercial innovador**
Indique el nombre comercial o marca del medicamento innovador para el cual solicita la evaluación.
Ejemplo: Tylenol (acetaminofén).
- Nombre genérico innovador**
Especifique el nombre genérico o principio activo del medicamento innovador.
Ejemplo: Acetaminofén.
- Nombre comercial convencional**
Indique el nombre comercial del medicamento convencional que podría utilizarse como comparador durante la evaluación (si aplica).
Ejemplo: Motrin (ibuprofeno).
- Nombre genérico convencional**
Especifique el nombre genérico o principio activo del medicamento convencional utilizado como comparador (si aplica).
Ejemplo: Ibuprofeno.
- Presentación comercial innovadora**
Indique la presentación comercial del medicamento innovador, incluyendo la forma farmacéutica y la concentración.
Ejemplo: Tabletas de 500 mg.
- Presentación comercial convencional**
Indique la presentación comercial del medicamento convencional (si aplica), especificando la forma farmacéutica y la concentración.
Ejemplo: Tabletas de 500 mg.
- Frecuencia de uso del innovador**
Describa la frecuencia de administración recomendada del medicamento innovador.
Ejemplo: Cada 6-8 horas, según necesidad.
- Dosis del innovador**
Especifique la dosis recomendada del medicamento innovador.
Ejemplo: 500 mg por dosis.
- Especialidad médica a la que se dirige**
Indique la especialidad médica responsable de la prescripción o utilización del medicamento.
Ejemplo: Medicina Familiar.

RECUERDE: Los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios. Revise que la información sea clara, precisa y esté completa antes de continuar.

Importante: La información consignada en esta sección debe corresponder a la indicación terapéutica para la cual se solicita la evaluación y ser consistente con la autorización de comercialización emitida por la Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS). En caso de existir un tratamiento convencional, este deberá registrarse como comparador para facilitar el proceso de evaluación de la tecnología sanitaria.

6.3.2. Equipos médicos

En caso de seleccionar la opción Equipo médico como tipo de solicitud, deberá completar la sección Información de la tecnología sanitaria, proporcionando la información técnica del equipo

médico para el cual solicita la evaluación. A continuación, se describen los campos que conforman esta sección e información de cómo debe completarlo:

Complete **cada campo** con la información solicitada según se indica a continuación:

✓ PASO 1
DATOS DEL SOLICITANTE

2 PASO 2
INFORMACIÓN DE LA
TECNOLOGÍA

3 PASO 3
JUSTIFICACIÓN DE LA
SOLICITUD

4 PASO 4
RESUMEN DEL
FORMULARIO

5 PASO 5
DOCUMENTOS



OFICINA VIRTUAL

2 INFORMACIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Campos obligatorios marcados con asterisco (*)

1 POBLACIÓN *

Pacientes adultos con aneurismas intracraneales no rotos.

2 NOMBRE GENÉRICO DEL EQUIPO MÉDICO INNOVADOR *

Stent intracraneal innovador.

3 NOMBRE COMERCIAL DEL EQUIPO MÉDICO INNOVADOR *

Stent intracraneal XXXX.

4 NOMBRE GENÉRICO DE LA TECNOLOGÍA CONVENCIONAL *

Stent intracraneal convencional.

5 NOMBRE COMERCIAL DE LA TECNOLOGÍA CONVENCIONAL *

Stent intracraneal AAA.

6 PROCEDIMIENTO ASOCIADO AL EQUIPO MÉDICO *

Oclusión de lesión vascular intracraneal por vía endovascular.

7 ESPECIALIDAD MÉDICA A LA QUE SE DIRIGE *

Neurología

8 OBJETIVO MÉDICO DEL EQUIPO MÉDICO *

Terapéutico

ANTERIOR

SIGUIENTE

RECUERDE: Los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios.
Revise que la información sea clara, precisa y esté completa antes de continuar.

¿QUÉ DEBO LLENAR EN CADA CAMPO?

- Población**
Describa la población objetivo que se beneficiará del procedimiento médico, así como la indicación terapéutica aprobada para su uso.
Ejemplo: Pacientes adultos con aneurismas intracraneales no rotos.
- Nombre genérico del equipo médico innovador**
Indique el nombre genérico del equipo médico innovador para el cual solicita la evaluación.
Ejemplo: Stent intracraneal innovador.
- Nombre comercial del equipo médico innovador**
Especifique el nombre comercial o la marca del equipo médico innovador.
Ejemplo: Stent intracraneal XXXX.
- Nombre genérico de la tecnología convencional**
Indique el nombre genérico de la tecnología convencional utilizada actualmente como comparador, si aplica.
Ejemplo: Stent intracraneal convencional.
- Nombre comercial de la tecnología convencional**
Especifique el nombre comercial o la marca de la tecnología convencional utilizada como comparador, si aplica.
Ejemplo: Stent intracraneal AAA.
- Procedimiento asociado al equipo médico**
Describa el procedimiento médico mediante el cual se utiliza o implanta el equipo médico innovador.
Ejemplo: Oclusión de lesión vascular intracraneal por vía endovascular.
- Especialidad médica a la que se dirige**
Indique la especialidad médica responsable de la utilización del equipo médico.
Ejemplo: Neurología.
- Objetivo médico del equipo médico**
Seleccione el objetivo clínico principal del equipo médico innovador.
Opciones: Terapéutico, Diagnóstico, Instrumental u Otro (especifique).

Importante: La información registrada debe corresponder al equipo médico y a la indicación para la cual se solicita la evaluación. Cuando exista una tecnología convencional utilizada en la práctica clínica, se recomienda incluirla como comparador para facilitar el proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (EVTESA); en caso de no existir una tecnología convencional, favor completar el campo “NO IDENTIFICADA” o “NO DISPONIBLE”.

6.3.3. Procedimientos médicos

En caso de seleccionar la opción Procedimiento médico como tipo de solicitud, deberá completar la sección Información de la tecnología sanitaria, proporcionando la información del procedimiento médico para el cual solicita la evaluación. Complete cada uno de los campos de acuerdo con las siguientes indicaciones:

Complete **cada campo** con la información solicitada según se indica a continuación:

 PASO 1
DATOS DEL SOLICITANTE

 PASO 2
INFORMACIÓN DE LA
TECNOLOGÍA

 PASO 3
JUSTIFICACIÓN DE LA
SOLICITUD

 PASO 4
RESUMEN DEL
FORMULARIO

 PASO 5
DOCUMENTOS



OFICINA VIRTUAL

2 INFORMACIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Campos obligatorios marcados con asterisco (*)

1 POBLACIÓN *

Hombres adultos (≥18 años) con cáncer de próstata localizado, candidatos a tratamiento quirúrgico.

81 / 205 Máximo caracteres

2 PROCEDIMIENTO INNOVADOR *

Prostatectomía radical laparoscópica.

3 PROCEDIMIENTO CONVENCIONAL *

Prostatectomía radical abierta.

4 USO DE LA TECNOLOGÍA INNOVADORA *

Tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata localizado, con el objetivo de extirpar la glándula prostática y las vesículas seminales para el control de la enfermedad y la reducción del riesgo de progresión.

153 / 1000 Máximo caracteres

5 ESPECIALIDAD MÉDICA A LA QUE SE DIRIGE *

Urología

6 OBJETIVO MÉDICO DEL PROCEDIMIENTO INNOVADOR *

Terapéutico

ANTERIOR

SIGUIENTE

RECUERDE: Los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios. Revise que la información sea clara, precisa y esté completa antes de continuar.

¿QUÉ DEBO LLENAR EN CADA CAMPO?

- Población**
Describa la población objetivo que se beneficiará del procedimiento médico, especificando las características clínicas relevantes y la indicación para la cual se solicita la evaluación.
Ejemplo: Hombres adultos (≥18 años) con cáncer de próstata localizado, candidatos a tratamiento quirúrgico.
- Procedimiento innovador**
Indique el nombre del procedimiento médico innovador para el cual solicita la evaluación. Utilice la denominación técnica o clínica generalmente aceptada.
Ejemplo: Prostatectomía radical laparoscópica.
- Procedimiento convencional**
Especifique el procedimiento que actualmente constituye la práctica clínica habitual o el comparador de referencia, si aplica.
Ejemplo: Prostatectomía radical abierta.
- Uso de la tecnología innovadora**
Describa el objetivo o la finalidad clínica del procedimiento innovador, indicando el problema de salud que busca abordar y el resultado esperado.
Ejemplo: El propósito de la prostatectomía radical laparoscópica es la extirpación de la próstata y las vesículas seminales para el tratamiento del cáncer de próstata localizado.
- Especialidad médica a la que se dirige**
Indique la especialidad médica responsable de realizar el procedimiento o aquella para la cual está destinado su uso.
Ejemplo: Urología.
- Objetivo médico del procedimiento innovador**
Seleccione el objetivo clínico principal del procedimiento innovador.
Opciones: Terapéutico, Diagnóstico, Preventivo, Rehabilitación u Otro (especifique).

Importante: La información registrada debe corresponder al procedimiento médico y a la indicación clínica para la cual se solicita la evaluación. Asimismo, debe realizarse una solicitud independiente por cada población objetivo o indicación de uso del procedimiento médico

Cuando exista un procedimiento convencional utilizado como estándar de atención, se recomienda incluirla como comparador para facilitar el proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (EVTESA); en caso de no existir una tecnología convencional, favor completar el campo “NO IDENTIFICADA” o “NO DISPONIBLE”.

6.4. PASO 3. Justificación de la solicitud

Una vez completada la sección Información de la tecnología sanitaria, de acuerdo con el tipo de solicitud seleccionada (medicamento, equipo médico o procedimiento médico), deberá completar la sección Justificación de la solicitud. Complete el campo de acuerdo con las siguientes indicaciones:

Complete **cada campo** con la información solicitada según se indica a continuación:

✓ PASO 1
DATOS DEL SOLICITANTE

✓ PASO 2
INFORMACIÓN DE LA
TECNOLOGÍA

**3 PASO 3
JUSTIFICACIÓN DE LA
SOLICITUD**

PASO 4
RESUMEN DEL
FORMULARIO

PASO 5
DOCUMENTOS



OFICINA VIRTUAL

3 JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Campos obligatorios marcados con asterisco (*)

1 JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD *

17 / 3000 Máximo caracteres

Explique brevemente por qué es importante la inclusión o evaluación de esta tecnología...

ANTERIOR

SIGUIENTE

¿QUÉ DEBO LLENAR EN ESTE CAMPO?

1 Justificación de la solicitud

Explique brevemente por qué es importante la inclusión o evaluación de esta tecnología. Describa la necesidad clínica que se busca atender, el problema de salud que pretende resolver y la relevancia de considerar esta tecnología como alternativa.

Ejemplo: Se solicita la evaluación de la prostatectomía radical laparoscópica como alternativa terapéutica para hombres adultos con cáncer de próstata localizado candidatos a tratamiento quirúrgico, con el propósito...


RECUERDE: Los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios.

Revise que la información sea clara, precisa y esté completa antes de continuar.

6.5. PASO 4. Verifica el resumen de las informaciones

Una vez completadas las secciones Datos del solicitante, Información de la tecnología sanitaria y Justificación de la solicitud, el sistema mostrará un resumen de toda la información registrada.

Revise cuidadosamente que todos los datos sean correctos, completos y consistentes antes de continuar con el paso siguiente.

Una vez confirmada la exactitud de la información, presione el botón Continuar para avanzar al PASO 5: Adjuntar los documentos requeridos.

REGISTRO DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Complete los módulos de información requeridos para continuar con la solicitud.

 PASO 1
DATOS DEL SOLICITANTE

 PASO 2
**INFORMACIÓN DE LA
TECNOLOGÍA**

 PASO 3
**JUSTIFICACIÓN DE LA
SOLICITUD**

4 PASO 4
**RESUMEN DEL
FORMULARIO**

5 PASO 5
DOCUMENTOS

OFICINA VIRTUAL

RESUMEN

Campos obligatorios marcados con asterisco (*)

RESUMEN DEL FORMULARIO

Verifique cuidadosamente los datos antes de continuar

Consulte de los datos registrados en la solicitud.

2 secciones

1 DATOS DEL SOLICITANTE

CÉDULA	NOMBRE
0000000000	XXXX XXXX
PROFESIÓN/ESPECIALIDAD/ASOCIACIÓN	TELÉFONO
XXXX	0000000000
CELULAR	TIPO DE SOLICITUD
0000000000	XXXX
SECTOR AL QUE PERTENECE	
XXXX	

2 INFORMACIÓN DE LA TECNOLOGÍA

POBLACIÓN	
XXXX	
NOMBRE COMERCIAL INNOVADOR	NOMBRE GENÉRICO INNOVADOR
XXXX	XXXX
NOMBRE COMERCIAL CONVENCIONAL	NOMBRE GENÉRICO CONVENCIONAL
XXXX	XXXX
PRESENTACIÓN COMERCIAL INNOVADORA	PRESENTACIÓN COMERCIAL CONVENCIONAL
XXXX	XXXX
FRECUENCIA DE USO DEL INNOVADOR	
XXXX	
DOSIS DEL INNOVADOR	ESPECIALIDAD MÉDICA A LA QUE SE DIRIGE
XXXX	XXXX

3 JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

XXXX

ANTERIOR

CONTINUAR

Tipo de Solicitud	Documentos necesarios para registro de la solicitud (obligatorios)	Documentos complementarios para registro (opcionales)
Medicamento	1. Registros sanitarios, de órgano regulador. 2. Precio de mercado de la tecnología. 3. Propuesta de precio para el Seguro Familiar de Salud	• Aprobación de comercialización internacionales • Estudios clínicos disponibles • Guías de Práctica Clínica
Equipos médicos	1. Manual de uso del dispositivo médico. 2. Precio de mercado de la tecnología 3. Propuesta de precio para el Seguro Familiar de Salud.	• Aprobación de comercialización internacionales • Estudios clínicos disponibles • Guías de Práctica Clínica
Procedimientos	1. Guía de práctica clínica del procedimiento. 2. Precio de mercado de la tecnología 3. Propuesta de precio para el Seguro Familiar de Salud.	• Estudios clínicos disponibles • Guías de Práctica Clínica (adicional)

Posterior a la cargar todos los documentos requeridos, su solicitud se habrá completado y enviado satisfactoriamente. El sistema remitirá automáticamente un correo electrónico de confirmación, informando la recepción de la solicitud y de la documentación presentada.

Oficina Virtual - SISALRIL

Solicitud #EVTESA-26-0286

Estimado/a solicitante,

Confirmamos la recepción de su solicitud de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (EVTESA).

Ha sido registrada, y actualmente estamos en proceso de verificación. De requerir cualquier información adicional sobre su solicitud, nos pondríamos en contacto con usted.

Para consultar el estatus de su solicitud, favor ingresar los siguientes detalles en nuestra página web:

Número de cédula o RNC: 402-0000000-0

Número de solicitud: EVTESA-26-0286

Para cualquier información adicional sobre el proceso, ponemos a su disposición los siguientes canales de comunicación:

- **Página web de SISALRIL,** [sección EVTESA](#).
- **Oficina Virtual SISALRIL,** [sección Solicitudes de EVTESA](#).
- **Correo oficial EVTESA:** evaluacion.ts@sisalril.gob.do

Agradecemos poder atender su solicitud de manera satisfactoria.

Para más información, visite nuestros canales oficiales:
Portal Institucional | Oficina Virtual | **Tel.: (809) 227-0714**

Para asistencia presencial, visite nuestra **Oficina de Atención a Usuarios** o cualquiera de los **.GOB ubicados a nivel nacional**.

A partir de ese momento, la solicitud pasará a una fase de verificación, durante la cual la SISALRIL verificará que la información registrada y los documentos adjuntos estén completos, sean consistentes y cumplan con los requisitos establecidos.

Finalmente, **podrá dar seguimiento a su solicitud de EVTESA a través de la Oficina Virtual, accediendo al módulo de Solicitudes EVTESA con su usuario y el número de solicitud**. Desde allí podrá consultar el estado de su solicitud y monitorear el avance de cada etapa del proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (EVTESA). Asimismo, recibirá notificaciones vía correo electrónico cada vez que se produzca una actualización del estatus de su solicitud, manteniéndole informado sobre el progreso del proceso de evaluación.



MANUAL DE USUARIO DE SOLICITUDES
EVTESA DE LA OFICINA VIRTUAL DE SISALRIL