

# Información de Trámite

<b>Nombre Trámite</b>	EMISIÓN DEL CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS DE CONTRATOS/ PÓLIZAS, PLANES/PROGRAMAS Y ANEXOS PARA COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA Y SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA
<b>Institución</b>	AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA
<b>Descripción</b>	Trámite orientado a la emisión del certificado de cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario de los planes, programas y contratos de las Compañías de Medicina Prepagada y Seguros de Asistencia Médica; al finalizar el trámite el documento de respaldo es un certificado y ficha de aprobación.
<b>¿A quién está dirigido?</b>	<p>Los beneficiarios que se detallan para el siguiente trámite <i>"Emisión del certificado de aprobación de cumplimiento de condiciones sanitarias de planes, programas y contratos"</i>, son las siguientes:</p> <p>Representantes legales de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Compañías de Medicina Prepagada.</li><li>• Seguros de Asistencia Médica.</li></ul> <p><b>Dirigido a:</b> Persona Jurídica - Privada.</p>
<b>¿Qué obtendré si completo satisfactoriamente el trámite?</b>	<p><b>Tipo de Resultado:</b> Registro, certificaciones o constancias.</p> <p><b>Resultado a obtener:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Certificado de aprobación de cumplimiento de condiciones sanitarias de planes, programas y contratos</li></ul>

## ¿Qué necesito para hacer el trámite?

### Requisitos Generales:

Compañías de Medicina Prepagada y Seguros de Asistencia Médica deberán enviar la siguiente información al correo: [condiciones.sanitarias@acess.gob.ec](mailto:condiciones.sanitarias@acess.gob.ec):

- Solicitud de certificación conforme al formato establecido
- Contrato (Póliza general) en formato Word (editable).
- Detalle de los planes / programas (tablas de coberturas aplicables a los planes y programas), identificando nombre del plan, modalidad, monto total de financiamiento, porcentaje y detalle de cobertura, en formato Excel (editable).
- Formulario de declaración de salud (en caso que sea aplicable a sus productos), en formato editable.
- Lista de planes que detalle de la siguiente manera: Tipo y nombre del plan (individual, corporativo, pool, masivo, pymes, empresarial), en formato Excel (editable).
- Anexos aplicables al contrato tipo, planes y programas que reflejen condiciones sanitarias y coberturas de salud, en formato editable (Word o Excel).

### Requisitos Específicos:

**En el caso de un trámite en renovación:** se deberá adjuntar la siguiente documentación:

- a) Carta de renovación y/o carta informativa de acuerdo a lo que corresponda.
- b) Certificado por renovar.
- c) Ficha de codificación por renovar.
- d) En caso de carta informativa remitir la documentación a renovar al correo institucional: [condiciones.sanitarias@acess.gob.ec](mailto:condiciones.sanitarias@acess.gob.ec). aplicando los cambios conforme al Acuerdo Ministerial del Ministerio de Salud Pública Nro. 139 – 2023.

**En el caso de agregar a un trámite nuevo ya certificado:** “añadir a un trámite certificado”, se adjuntará la siguiente documentación:

- a) Documento nuevo a ingresar “contrato/póliza”, “planes/programas”, “anexos”, en formatos editables según corresponda cada uno.
- b) Certificado de cumplimiento de las condiciones sanitarias las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica al que desea incorporar.
- c) Ficha de codificación del certificado que desea incorporar.
- d) Lista de documentos: describiendo el nombre y tipo de contrato(s)/póliza(s), plan(s)/programa(s), anexo(s) y documentos adicionales en formato Excel, acorde a la estructura establecida en el Anexo 3 de esta misma Resolución.

### ¿Cómo hago el trámite?

1. Envío de los requisitos al siguiente correo:

[certificaciones.sanitarias@acess.gob.ec](mailto:certificaciones.sanitarias@acess.gob.ec):

2. Realizar el pago en las diferentes entidades bancarias nacionales designadas para el efecto (considerar el valor adicional por transacción) a través de los siguientes medios físicos y digitales: Banco Pacífico y Place to Pay.

3. Receptar el Certificado de Carácter Sanitario a la Compañía de Medicina Prepagada y Seguros de Asistencia Médica.

#### **Canales de atención:**

Correo electrónico, En línea (Sitio / Portal Web / Aplicación web).

### ¿Cuál es el costo del trámite?

El valor por el trámite se encuentra establecido por rangos:

- De 1 a 3 (planes programas y contrados, valor a cancelar): \$146.10
- De 4 a 11 (planes, programas y contrados, valor a cancelar): \$252.78
- De 12 en adelante (planes, programas y contrados, valor a cancelar): \$304.96

Se podrá realizar el pago en las diferentes entidades bancarias nacionales designadas para el efecto (considerar el valor adicional por transacción) a través de los siguientes medios físicos y digitales: Banco Pacífico y Place to Pay.

Conforme resolución Nro. ACESS-2023-0016 del 26 de abril del 2023.

### ¿Dónde y cuál es el horario de atención?

#### **Correo electrónico:**

El envío de la información se la realizará al correo electrónico:

- [certificaciones.sanitarias@acess.gob.ec](mailto:certificaciones.sanitarias@acess.gob.ec):

En horario de lunes a viernes de 08h00 a 16h30.

## Base Legal

- [2006-67 Ley Orgánica de Salud](#). Art. 183.
- [Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica](#). Art. 4, 5, 15, 18, 21, 22, 23, 27, 30, 33, 34, 35, 47, 50, 51, 52, 54, 56, 57 .
- [194 Expídese el Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades-M](#). Art. 25.
- [Constitución de la República del Ecuador](#). Art. 32, 360, 361, 362.
- [En el Decreto Ejecutivo 703, Registro Oficial Suplemento 534 de 01-jul.-2015 ; Última modificación: 27-nov.-2015](#). Art. 3 .
- [Reglamento a la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica](#). Art. 1, 2, 7, 9, 19, 22, 23, 29.

## Contacto para atención ciudadana

**Funcionario/Dependencia:** DIRECCIÓN TÉCNICA DE HABILITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN  
**Correo Electrónico:** [certificaciones.sanitarias@acess.gob.ec](mailto:certificaciones.sanitarias@acess.gob.ec)  
**Teléfono:** 023834006 ext 1300

## Transparencia

Año	Mes	Volumen de Quejas	Volumen de Atenciones
2025	12	0	11
2025	11	0	4
2025	10	0	1
2025	09	0	3
2025	08	0	3
2025	07	0	3
2025	06	0	3
2025	05	0	5
2025	04	0	2

Año	Mes	Volumen de Quejas	Volumen de Atenciones
2025	03	0	0
2025	02	0	2
2025	01	0	3
2024	12	0	2
2024	11	0	2
2024	10	0	2
2024	09	0	2
2024	08	0	2
2024	07	0	0
2024	06	0	1
2024	05	0	1
2024	04	0	3
2024	03	0	3
2024	02	0	2
2024	01	0	2
2023	12	0	0
2023	11	0	4
2023	10	0	2
2023	09	0	4
2023	08	0	5
2023	07	0	2
2023	06	0	1
2023	05	0	4
2023	04	0	3

Año	Mes	Volumen de Quejas	Volumen de Atenciones
2023	03	0	9
2023	02	0	0
2023	01	0	4
2022	12	0	4
2022	11	0	30
2022	10	0	4
2022	09	0	1
2022	08	0	5
2022	07	0	3
2022	06	0	2
2022	05	0	3
2022	04	0	1
2022	03	0	2
2022	02	0	2
2022	01	0	3
2021	12	0	96
2021	11	0	123
2021	10	0	37
2021	09	0	4
2021	08	0	5
2021	07	0	0
2021	06	0	33
2021	05	0	42
2021	04	0	28

Año	Mes	Volumen de Quejas	Volumen de Atenciones
2021	03	0	50
2021	02	0	14
2021	01	0	86
2020	12	0	32
2020	11	0	26
2020	10	0	0
2020	09	0	29
2020	08	0	66
2020	07	0	0
2020	06	0	0
2020	05	0	15
2020	04	0	12
2020	03	0	222
2020	02	0	68
2020	01	0	6