



# **Manual para el ciudadano del trámite Autorización de contratos de Tercerización para la Fabricación, Análisis o Depósito de Especialidades Farmacéuticas**

**Departamento de  
Medicamentos**

Ministerio  
**de Salud  
Pública**



## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. MANUAL PARA EL CIUDADANO.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Descripción del Trámite .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. ¿Qué requisitos previos debo cumplir para la realización del trámite? .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3. ¿Qué requerimientos necesito para poder realizar este trámite en línea? .....</b>	<b>2</b>
<b>1.4. ¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite? .....</b>	<b>2</b>
Paso 1 – Ingresar datos solicitados en el formulario .....	2
Paso 2 – Formulario para Citaciones y Notificaciones Electrónicas .....	9
Paso 3 – Información sobre el pago del trámite .....	14
Paso 4 - Pago del Trámite.....	15
Paso 5 - Mensaje de inicio exitoso del Trámite .....	17
Paso 6 – Corrección de datos .....	20
<b>1.5. ¿Dónde puedo hacer seguimiento de mis Trámites? .....</b>	<b>22</b>
<b>1.6. ¿Dónde puedo hacer consultas? .....</b>	<b>23</b>
<b>1.7. ¿Cómo continua el trámite en el organismo? .....</b>	<b>23</b>
<b>1.8. Información – Soporte de Activos.....</b>	<b>24</b>
<b>1.9 Revisiones .....</b>	<b>24</b>



## 1. MANUAL PARA EL CIUDADANO

### 1.1. Descripción del Trámite

Es un trámite obligatorio que debe realizar toda empresa para obtener la autorización para Tercerizar la Fabricación, Análisis o Depósito de especialidades farmacéuticas.

### 1.2. ¿Qué requisitos previos debo cumplir para la realización del trámite?

Esta información se encuentra disponible en la web [tramites.gub.uy](https://tramites.gub.uy). Para acceder a la misma ingresar en el siguiente enlace: <https://tramites.gub.uy/ampliados?id=2212>

### 1.3. ¿Qué requerimientos necesito para poder realizar este trámite en línea?

Contar con cédula de identidad electrónica o con usuario y contraseña para acceder al Portal del Estado Uruguayo.

Para obtener su usuario en el Portal del Estado debe registrarse ingresando en el siguiente enlace: <https://gestionusuarios.portal.gub.uy/registro/index>

### 1.4. ¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite?

#### Paso 1 – Ingresar datos solicitados en el formulario

Usted debe completar el formulario que se presenta en pantalla con los datos necesarios para el inicio del trámite. El asterisco a la derecha de la descripción de los datos indica que la información debe ser completada en forma obligatoria.



El formulario está formado por las siguientes secciones:

- Datos del servicio a tercerizar
- Datos de la empresa contratante
- Datos de la empresa contratada
- Documentos a adjuntar

A continuación detallamos cada una de las secciones del formulario:

- **Datos del servicio a tercerizar**

Datos del servicio a tercerizar

Servicio a tercerizar\*:

- ☐ Acondicionamiento
- ☐ Análisis
- ☐ Depósito
- ☐ Fabricación
- ☒ Otro

Especificar Otro\*:

*Figura 1 - Datos del servicio a tercerizar*

En esta sección, usted debe seleccionar la siguiente información:

- **Servicio a tercerizar:** Debe seleccionar los servicios a tercerizar, puede seleccionar varios.
- **Especificar Otro:** En caso de seleccionar la opción Otro, debe especificar a cuál hace referencia.



- **Datos de la empresa contratante**

Datos de la empresa solicitante

Razón Social\*:

RUT\*:

*Figura 2 - Datos de la empresa contratante*

En esta sección, usted debe ingresar la siguiente información:

- **Razón Social:** Complete el espacio con el nombre de la empresa contratante.
- **RUT:** Complete el espacio con el número de registro único tributario (RUT) de la empresa contratante.

Datos de la empresa contratada

Dependiendo si se trata de una empresa extranjera o no son los datos a solicitar:

- **Empresa extranjera**

Datos de la empresa a tercerizar

¿Se trata de una empresa extranjera?\*: ☒ Si ☐ No

País donde pertenece la empresa\*:

Ciudad\*:

Nombre/Razón social de la empresa\*:

*Figura 3 - Datos de la empresa contratada- Extranjera*

En esta sección usted debe ingresar los datos correspondientes a su solicitud:



- **¿Se trata de una empresa extranjera?:** Seleccione entre Si o No si la empresa contratada es extranjera.
- **País donde pertenece la empresa:** Seleccione el país donde pertenece la empresa contratada.
- **Ciudad:** Complete con la Ciudad donde se ubica la empresa representada.
- **Nombre/Razón social de la empresa:** Complete con el nombre o Razón social de la empresa a tercerizar.

- **Empresa uruguaya**

Datos de la empresa a tercerizar

¿Se trata de una empresa extranjera?\*: ☐ Si ☒ No

Razón social\*:

RUT\*:

*Figura 4 - Datos de la empresa contratada- Uruguaya*

En esta sección usted debe ingresar los datos correspondientes a su solicitud:

- **¿Se trata de una empresa extranjera?:** Seleccione entre Si o No si la empresa a contratar es o no extranjera.
- **Razón Social:** Complete el espacio con el nombre de la empresa contratada.
- **RUT:** Complete el espacio con el número de registro único tributario (RUT) de la empresa contratada.

Documentos a adjuntar


Dependiendo si la empresa contratada se trata de una empresa extranjera o no son los adjuntos a solicitar:



- **Empresa extranjera**

Documentos a adjuntar

Los documentos adjuntos deben estar en formato PDF y contener lo especificado en el texto de ayuda de cada archivo. De no contener lo solicitado, el trámite será devuelto al usuario solicitante para ser modificado.

Contrato entre las partes*:	<input type="button" value="Subir archivo"/>	Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB) 
Certificado de habilitación vigente de la empresa contratante*:	<input type="button" value="Subir archivo"/>	Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)
Certificado GMP de la empresa contratada*:	<input type="button" value="Subir archivo"/>	Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)
Nota solicitando la inscripción o ampliación del Contrato*:	<input type="button" value="Subir archivo"/>	Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB) 
Certificación de Firmas*:	<input type="button" value="Subir archivo"/>	Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB) 

*Figura 5 - Documentos a adjuntar - Empresa extranjera*

En esta sub sección usted debe adjuntar la siguiente información:

- **Texto informativo:** Los documentos adjuntos deben estar en formato PDF y contener lo especificado en el texto de ayuda de cada archivo. De no contener lo solicitado, el trámite será devuelto al usuario solicitante para ser modificado.
- **Contrato entre las partes:** Adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB. El mismo debe estar firmado por los Representantes Legales y los Responsables Técnicos de ambas partes y contener el listado de productos a tercerizar o lista tentativa (debe constar nombre, forma farmacéutica, principio activo y número de registro) y la certificación de firmas por escribano público.



- **Certificado de habilitación vigente de la empresa contratante:** Adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- **Certificado GMP de la empresa contratada:** Adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB. Certificado emitido por la autoridad sanitaria de origen detallando tipos de productos incluidos.
- **Nota solicitando la inscripción o ampliación del Contrato:** Adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB. La misma debe estar firmada por el Director Técnico y Representante Legal de la empresa contratante, con timbre profesional del Director Técnico.
- **Certificación de Firmas:** Adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB. Certificación notarial de las firmas del Director Técnico y Representante Legal de la empresa, plasmadas en la nota solicitud y control notarial de la empresa.





- **Empresa uruguaya**

Documentos a adjuntar

Los documentos adjuntos deben estar en formato PDF y contener lo especificado en el texto de ayuda de cada archivo. De no contener lo solicitado, el trámite será devuelto al usuario solicitante para ser modificado.

Contrato entre las partes*:	<div>Subir archivo</div> <p>Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)</p> <p>?</p>
Certificado de habilitación vigente de la empresa contratante*:	<div>Subir archivo</div> <p>Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)</p>
Certificado de habilitación vigente de la empresa contratada*:	<div>Subir archivo</div> <p>Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)</p>
Nota solicitando la inscripción o ampliación del Contrato*:	<div>Subir archivo</div> <p>Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)</p> <p>?</p>
Certificación de Firmas*:	<div>Subir archivo</div> <p>Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)</p> <p>?</p>

Figura 6 - Documentos a Adjuntar - Empresa uruguaya

En esta sub sección usted debe adjuntar la siguiente información:

- **Texto informativo:** Los documentos adjuntos deben estar en formato PDF y contener lo especificado en el texto de ayuda de cada archivo. De no contener lo solicitado, el trámite será devuelto al usuario solicitante para ser modificado.
- **Contrato entre las partes:** Adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB. El mismo debe estar firmado por los Representantes Legales y los Responsables Técnicos de ambas partes y contener el listado de productos a tercerizar o lista tentativa (debe constar nombre, forma farmacéutica, principio activo y número de registro).



- **Certificado de habilitación vigente de la empresa contratante:** Adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- **Certificado de habilitación vigente de la empresa contratada:** Adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- **Nota solicitando la inscripción o ampliación del Contrato:** Adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB. La misma debe estar firmada por el Director Técnico y Representante Legal de la empresa contratante, con timbre profesional del Director Técnico.
- **Certificación de Firmas:** Adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB. Certificación notarial de las firmas del Director Técnico y Representante Legal de la empresa, plasmadas en la nota solicitud y control notarial de la empresa.

## Paso 2 – Formulario para Citaciones y Notificaciones Electrónicas

Usted debe completar el formulario que se presenta en pantalla con los datos necesarios. El asterisco a la derecha de la descripción de los datos indica que la información debe ser completada en forma obligatoria.

A continuación detallamos cada una de las secciones del formulario:

### Información Relevante

El presente formulario tiene carácter de Declaración Jurada con las responsabilidades establecidas en el Art. 239 del Código Penal. Los datos proporcionados serán utilizados para citar y notificar a los usuarios del Ministerio de Salud Pública, siendo el usuario responsable de verificar el contenido de su correo electrónico.

*Figura 7 - Información relevante*

Se mostrará la información relevante con el fin de informar al usuario que el documento tiene carácter de Declaración Jurada por lo que el usuario logueado se hace responsable de verificar el contenido del correo electrónico proporcionado.

### Tipo de Titular



El notificador debe seleccionar si es una persona Física o Jurídica a quién debe notificarse las comunicaciones pertinentes:

Tipo de Titular\*: ☐ Persona Física ☐ Persona Jurídica

Figura 8 - Tipo de Titular

Dependiendo lo seleccionado en la imagen anterior, serán los datos que se soliciten:

- **Persona Física**

Datos a completar

Nombre y Apellido\*:

Documento de identidad\*:

Numero de documento\*:

Dirección completa:

Código Postal:

Departamento\*:

Localidad\*:

Teléfono/Celular\*:

Correo electrónico\*:

Correo electrónico\*:

Figura 9 - Datos a completar - Persona Física

En esta sub sección usted debe ingresar los datos de contacto:



- **Nombre y Apellido:** Deberá ingresar el nombre y apellido de la persona a notificar.
- **Documento de Identidad:** Deberá seleccionar un tipo de documento de la lista desplegable que contiene las siguientes opciones: Cédula de Identidad o Pasaporte.
- **Número de Documento:** Deberá completar los espacios con su número de documento. Para el caso que el tipo de documento seleccionado sea cédula de identidad usted debe incluir el dígito verificador sin puntos ni guiones. Los datos estarán precargados con los datos del usuario logueado.
- **Dirección completa:** Deberá ingresar un domicilio completo.
- **Código Postal:** Deberá ingresar el código postal perteneciente a la dirección ingresada.
- **Departamento:** Seleccione de la lista desplegable, el nombre del departamento correspondiente a la dirección ingresada.
- **Localidad:** Deberá seleccionar la localidad correspondiente a la dirección ingresada.
- **Teléfono/Celular:** Deberá ingresar número de teléfono o celular de contacto.
- **Correo Electrónico:** Ingrese un correo electrónico de contacto. El dato estará precargado con la información del usuario que se encuentra logueado.
- **Confirmación Correo:** El dato estará precargado con la información del usuario que se encuentra logueado. De forma de minimizar el error en el ingreso del Correo es que se solicita que lo ingrese nuevamente ya que esta será la vía de comunicación del MSP con usted. El sistema verificará que en ambos campos de Correo electrónico se haya escrito el mismo Correo, de no ser así le advertirá para que lo modifique.



- **Persona Jurídica**

Datos a completar

Nombre de la empresa\*:

Razón Social\*:

RUT\*:

Dirección completa:

Código Postal:

Departamento\*:

Localidad\*:

Teléfono/Celular\*:

Correo electrónico\*:

Correo electrónico\*:

*Figura 10 - Datos a completar - Persona Jurídica*

En esta sub sección usted debe ingresar los datos de contacto:

- **Nombre de la empresa:** Deberá ingresar el nombre de la empresa.
- **Razón Social:** Deberá ingresar la Razón Social de la empresa.
- **RUT:** Deberá ingresar el RUT de la empresa.
- **Dirección completa:** Deberá ingresar un domicilio completo.
- **Código Postal:** Deberá ingresar el código postal perteneciente a la dirección ingresada.
- **Departamento:** Seleccione de la lista desplegable, el nombre del departamento correspondiente a la dirección ingresada.



- **Localidad:** Deberá seleccionar la localidad correspondiente a la dirección ingresada.
- **Teléfono/Celular:** Deberá ingresar número de teléfono o celular de contacto.
- **Correo Electrónico:** Ingrese un correo electrónico de contacto. El dato estará precargado con la información del usuario que se encuentra logueado.
- **Confirmación Correo:** El dato estará precargado con la información del usuario que se encuentra logueado. De forma de minimizar el error en el ingreso del Correo es que se solicita que lo ingrese nuevamente ya que esta será la vía de comunicación del MSP con usted. El sistema verificará que en ambos campos de Correo electrónico se haya escrito el mismo Correo, de no ser así le advertirá para que lo modifique.

## • Cláusula de Consentimiento informado

Cláusula de consentimiento informada

"De conformidad con la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP), los datos suministrados por usted quedarán incorporados en una base de datos, la cual será procesada exclusivamente para la siguiente finalidad: Declaración de Interés Ministerial.

Los datos personales serán tratados con el grado de protección adecuado, tomándose las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros que lo puedan utilizar para finalidades distintas para las que han sido solicitadas al usuario.

El responsable de la base de datos es el Ministerio de Salud Pública y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión, es Avenida 18 de Julio 1892, según lo establecido en la LPDP".

Terminos de la Clausula\*: ☒ Acepto los términos ☐ No acepto los términos

En caso de no aceptar los términos, no se podrá continuar con el trámite.

Figura 11 - Clausula de Consentimiento Informado

Usted debe seleccionar una de las opciones, SÍ/NO acepta los términos de la cláusula. En caso de que seleccione la opción negativa, usted no podrá iniciar el trámite.

Luego de completar los datos, debe presionar el botón "Siguiente", que se encuentra en la esquina inferior derecha de la pantalla. El sistema realiza controles verificando el ingreso de todos los datos requeridos, incluyendo archivos adjuntos. En caso de que no se verifique el ingreso correctamente, el sistema identifica el dato requerido de la siguiente forma:

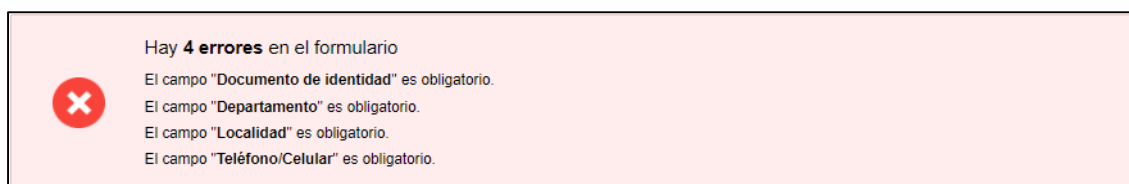


Figura 72 - Errores Detectados

## Paso 3 – Información sobre el pago del trámite

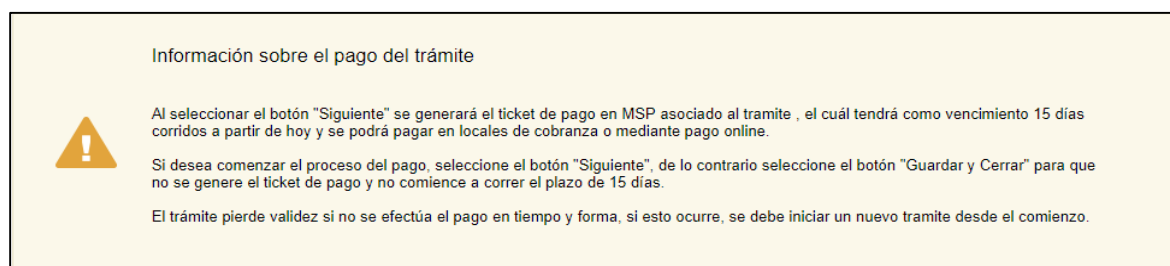


Figura 13 - Información sobre el pago del trámite

El sistema emitirá el siguiente mensaje de forma de advertir al usuario sobre la creación del pago y sus plazos:

**“Al seleccionar el botón “Siguiente” se generará el ticket de pago en MSP asociado al trámite, el cual tendrá como vencimiento 15 días corridos a partir de hoy y se podrá pagar en locales de cobranza o mediante pago online.**

**Si desea comenzar el proceso del pago, seleccione el botón “Siguiente”, de lo contrario seleccione el botón “Guardar y Cerrar” para que no se genere el ticket de pago y no comience a correr el plazo de 15 días.**

**El trámite pierde validez si no se efectúa el pago en tiempo y forma, si esto ocurre, se debe iniciar un nuevo trámite desde el comienzo.”**

Es importante que usted seleccione “Siguiente” solo si va a efectuar el pago dentro de los próximos 15 días, de lo contrario seleccione “Guardar y Cerrar” y ejecute el paso cuando desee pagar.



## Paso 4 - Pago del Trámite

Usted debe efectuar el pago del Trámite. Para ello debe seleccionar el botón “Realizar pago”.

Pago

Pulsando el siguiente botón será redirigido al sistema de pagos online.

Realizar pago

Figura 14 - Realizar pago

Una vez seleccionado el botón “Realizar pago” el sistema lo redireccionará a la siguiente pantalla donde se le indicará el detalle del pago y confirmará el pago.

Ministerio de Salud Pública

Pagos en Línea

Usuario: .....

**Detalle del ítem**

Pais:	URUGUAY	Tipo Documento:	RUT	Nro. Documento:	
Referencia:	2211x4903778	Cód. ítem:	90170		
Fch. Vto. de deuda:	19/10/2021				
Concepto:	Autorización de contratos de tercerización para la fabricación, análisis o depósito de especialidades farmacéuticas.		Estado:	Pendiente	

Atención: Si selecciona una red de cobranza para realizar el pago, el cupón impreso vencerá a las 23.59 del día de hoy.

Moneda:	Unidad Reajustable	Cotización:	1359,2500
Monto total:	1,00	Valor \$:	1.359,25

REALIZAR PAGO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
18 de Julio 1892, CP 11000  
Teléfono: 4334.2443 - Mesa de Servicios - mesadeservicio@msp.gub.uy  
Montevideo - Uruguay

Compatible con: Internet Explorer 10 o superior, Firefox 32 o superior, Chrome 40 o superior.

V.1.5.8.8.8.7

Figura 15 - Detalle de pago

Usted debe seleccionar “Confirmar Pago” para luego seleccionar el método de pago que desea utilizar:





Seleccione la forma de pago de su preferencia:

Forma de Pago	Costo Total
<input type="radio"/> Abitab	26392,01
<input type="radio"/> BANRED	26392,01
<input type="radio"/> BBVA	26392,01
<input type="radio"/> BROU	26392,01
<input type="radio"/> Red Nacional de Cobros y Pagos (CORREO)	26392,01
<input type="radio"/> RedPagos	26392,01
<input type="radio"/> Santander	26392,01

Figura 16 - Forma de pago

Si seleccionó una opción de pago presencial (Abitab, RedPagos, Correo) el sistema emite un boleto de pago para que usted pueda concurrir al local de cobranza de la opción seleccionada.

En el caso de realizar una transferencia bancaria el sistema redirecciona al e-banking específico. Usted se debe autenticar con las credenciales correspondientes y continuar la operativa habitual de ese sistema.

Al finalizar la operativa el sistema presenta un mensaje de agradecimiento por el uso de ese sistema y habilita el botón Continuar.

Luego de hacer clic en el botón Continuar si el pago fue exitoso, el sistema emitirá un mensaje de éxito o de lo contrario notificará que no se pudo efectuar.

Es importante que usted tenga en cuenta que una vez seleccionado un método de pago no podrá volver atrás para seleccionar otro.

El funcionario de MSP recibirá su trámite una vez efectuado el pago efectivamente.



## Paso 5 - Mensaje de inicio exitoso del Trámite

Luego de que usted seleccione el botón “Siguiente”, aparecerá el siguiente mensaje verificando el ingreso del trámite.

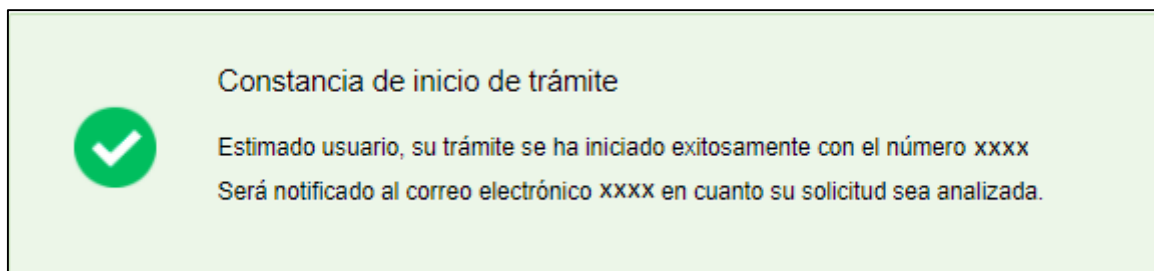



Figura 17 – Constancia de inicio

Para confirmar el envío de la solicitud, usted recibirá un correo electrónico con el siguiente contenido:

<b>Destinatarios</b>	Correo Solicitante	<b>Asunto</b>	Autorización de Contratos de Tercerización para la Fabricación, Análisis o Depósito de Especialidades Farmacéuticas
<b>Cuerpo del correo electrónico</b>	<div><div>Ministerio de Salud Pública</div></div> <p>Inicio de trámite en línea</p> <p>Autorización de Contratos de Tercerización para la Fabricación, Análisis o Depósito de Especialidades Farmacéuticas</p> <p>Estimado usuario/a, su solicitud ha sido iniciada exitosamente con el número xxxx, será evaluada por el Departamento de Medicamentos de la División Evaluación Sanitaria una vez sea constatado el pago del trámite exitosamente.</p> <p>Será notificado al correo electrónico en cuanto se tome una resolución de la solicitud.</p> <p>El Código para realizar el seguimiento en línea del estado del trámite es: xxxxxxxx</p> <p>Copie el código y pegue en la página de seguimiento: <a href="#">Ingresar</a></p>		



	<p>Este es un correo automático que no recibe respuestas.</p> <p>Por consultas diríjase al Organismo donde realizó el trámite.</p> <p><b>Departamento Medicamentos - División Evaluación Sanitaria</b></p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------


El Departamento Medicamentos de la División Evaluación Sanitaria visualizará los datos ingresados y podrá GENERAR EXPEDIENTE, SOLICITAR CORRECCIÓN de datos o CANCELAR el trámite.

En el caso que sea CANCELADA o se solicite CORRECCIÓN, se enviará un correo electrónico a la empresa con las observaciones correspondientes. (Para corrección Seguir en paso 5)

En caso de que se GENERE EXPEDIENTE, se enviará un correo electrónico al usuario con el número de expediente.


Dependiendo la Resolución tomada, dependerá el correo electrónico que usted recibirá:

**Mensaje de Expediente generado:** El solicitante recibirá un mensaje en el correo electrónico que proporcionó en el formulario del trámite:

<b>Destinatarios</b>	Correo Solicitante	<b>Asunto</b>	Autorización de Contratos de Tercerización para la Fabricación, Análisis o Depósito de Especialidades Farmacéuticas
<b>Cuerpo del correo electrónico</b>	<div><p>Ministerio de Salud Pública</p></div> <p>Inicio de trámite en línea</p> <p>Autorización de Contratos de Tercerización para la Fabricación, Análisis o Depósito de Especialidades Farmacéuticas</p> <p>Estimado usuario, su trámite número xxxx está siendo procesado con el número de expediente xxxx.</p> <p>Este es un correo automático que no recibe respuestas.</p> <p>Por consultas diríjase al Organismo donde realizó el trámite.</p> <p><b>Departamento Medicamentos - División Evaluación Sanitaria</b></p>		




**Mensaje de Corrección:** El solicitante recibirá un mensaje en el correo electrónico que proporcionó en el formulario del trámite, en el cual se le notificará que debe corregir lo solicitado y volver a enviar el formulario vía online.

<b>Destinatarios</b>	Correo Solicitante	<b>Asunto</b>	Autorización de Contratos de Tercerización para la Fabricación, Análisis o Depósito de Especialidades Farmacéuticas
<b>Cuerpo del correo electrónico</b>	<div></div> <p>Inicio de trámite en línea</p> <p><b>Autorización de Contratos de Tercerización para la Fabricación, Análisis o Depósito de Especialidades Farmacéuticas</b></p> <p>Estimado usuario, su trámite número XXXX , ha sido observado por los siguientes motivos: XXXXX</p> <p>Ingresa al sistema y modifique los datos observados. Enlace para acceder al sistema: <a href="#">Click aquí</a></p> <p>Una vez logueado en el sistema, usted debe ingresar a la Bandeja de entrada y con el Id correspondiente al trámite completar lo solicitado.</p> <p><i>Este es un correo automático que no recibe respuestas.</i></p> <p><i>Por consultas diríjase al Organismo donde realizó el trámite.</i></p> <p><b>Departamento Medicamentos - División Evaluación Sanitaria</b></p>		

**Mensaje de Cancelación:** El solicitante recibirá un mensaje en el correo electrónico que proporcionó en el formulario del trámite, en el cual se le notificará que su trámite ha sido cancelado y los motivos.



<b>Destinatarios</b>	Correo Solicitante	<b>Asunto</b>	Autorización de Contratos de Tercerización para la Fabricación, Análisis o Depósito de Especialidades Farmacéuticas
<b>Cuerpo del correo electrónico</b>	<div><div>Ministerio de Salud Pública</div></div> <p>Inicio de trámite en línea</p> <p><b>Autorización de Contratos de Tercerización para la Fabricación, Análisis o Depósito de Especialidades Farmacéuticas</b></p> <p>Estimado usuario, su trámite número XXXX , ha sido cancelado por los siguientes motivos: XXXX</p> <p><i>Este es un correo automático que no recibe respuestas.</i></p> <p><i>Por consultas diríjase al Organismo donde realizó el trámite.</i></p> <p><b>Departamento Medicamentos - División Evaluación Sanitaria</b></p>		

## Paso 6 – Corrección de datos

El sistema le enviará un correo electrónico notificando los campos que debe corregir del formulario. Usted ingresará al sistema verá nuevamente las correcciones solicitadas y el formulario tal cual lo ingresó en la primera instancia, donde deberá editar lo solicitado para volver a enviarlo al MSP.

Los campos indicados con \* son obligatorios.

Correcciones solicitadas

Observaciones\*: prueba



Figura 18 - Correcciones solicitadas

Usted deberá descargar el formulario con los datos corregidos, para efectuar la firma manual del Director Técnico y el Representante Legal, con timbre profesional del Director Técnico.

El documento debe tener las firmas certificadas con control notarial de la empresa para que sea válido para el Ministerio de Salud Pública.

Luego de efectuar las firmas y certificarlas, debe escanear el documento y adjuntarlo al sistema en formato PDF con un máximo de 15 MB.

Firmar manualmente Formulario

**Usted debe descargar en el siguiente link el formulario con los datos completados, el cual debe ser firmado manualmente por el Responsable Técnico y Responsable Legal, y contener timbre profesional del Responsable Técnico.**

**Para que el documento sea válido ante el MSP, las firmas deben ser certificadas y con control notarial de la empresa.**

[Descargar Formulario \(.pdf\)](#)

**Luego de realizar lo anteriormente mencionado, debe adjuntar el documento:**

Adjuntar Formulario firmado con timbre profesional\*:

Subir archivo

Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)

Figura 19 - Firmar manualmente Formulario corregido

Una vez editado lo solicitado, el sistema emitirá un mensaje notificando el correcto envío del formulario.

**Constancia de Envío de Corrección de Datos**

Estimado usuario/a, su trámite corregido ha sido enviado exitosamente.

Será notificado al correo electrónico: **xxxx@xxx.xxx** en cuanto el Departamento de Medicamentos de la División Evaluación Sanitaria evalúe la corrección.

Figura 20 - Mensaje corrección de datos

El trámite vuelve a ser evaluado por el Departamento de Medicamentos de la División Evaluación Sanitaria.



## 1.5. ¿Dónde puedo hacer seguimiento de mis Trámites?

Usted podrá hacer seguimiento de los trámites en los que participó siempre y cuando se encuentre logueado. Únicamente se mostrarán los pasos del trámite que tuvieron participación del usuario que se encuentra logueado.

Para poder observar los trámites debe ingresar en “Mis trámites”, opción que figura a la izquierda de la pantalla.

Una vez ingresado, se observará:

- Id del trámite.
- Nombre del Trámite.
- Etapa en la que se encuentra el Trámite. Si el trámite está Finalizado, este campo figurará en blanco.
- Fecha de modificación del último paso efectuado.
- Estado del Trámite.
- Acciones.

Listado de trámites

Bandeja de Entrada (45)

Sin asignar (134)

Mis Trámites (232)

Trámites en que ha participado

Id	Nombre	Etapas actuales	Fecha Modificación	Estado	Acciones
1040	Consultas, Reclamos y Denuncias de los Usuarios de la Salud		19.Sep.2016 17:51:40	Completado	<a href="#">Ver historial</a>
1039	Consultas, Reclamos y Denuncias de los Usuarios de la Salud		19.Sep.2016 17:45:58	Completado	<a href="#">Ver historial</a>
1037	Consultas sobre Situaciones Ambientales u Ocupacionales		19.Sep.2016 17:44:16	Completado	<a href="#">Ver historial</a>
1036	Cambio de Prestador de Salud (Afilación) por Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Beneficiarios no FONASA		19.Sep.2016 17:43:49	Completado	<a href="#">Ver historial</a>

Figura 21- Trámites Participados

Dentro de “Acciones”, al hacer clic en “Ver historial”, usted podrá ver sus participaciones dentro del trámite. Por ejemplo, al crear un trámite, usted podrá observar el formulario enviado en formato no editable.



## 1.6. ¿Dónde puedo hacer consultas?

En los canales de Atención Ciudadana:

- En forma telefónica a través del 0800 – INFO (4636) o \*463.
- Vía web a través del mail: [atencionciudadana@agesic.gub.uy](mailto:atencionciudadana@agesic.gub.uy)
- En forma presencial en los Puntos de Atención Ciudadana, ver direcciones en [www.atencionciudadana.gub.uy](http://www.atencionciudadana.gub.uy)

Departamento de Medicamentos:

- En forma telefónica a través del 1934 int. 5053.

## 1.7. ¿Cómo continua el trámite en el organismo?

Una vez generado el expediente, el Departamento de Medicamentos evaluará y remitirá a las distintas dependencias (Sector notarial de la División Evaluación Sanitaria, División Fiscalización) según corresponda.

Una vez resuelto y emitida una resolución, el Departamento de Medicamentos se contactará con el Director Técnico de la empresa para comunicar y/o hacer entrega de la resolución si correspondiera.





## 1.8. Información – Soporte de Activos

Activo: Simple

Criticidad (Alta/Media /Baja): Alta

Código del documento: MA-13221-001

Versión: 03

Elaborado por: Lic. Natalia Laforucade

Fecha: 27/04/2021

Revisado por: Faustina Furtado – Anabela Rezano

Fecha: 04/10/2021

Aprobado por: Isabel Slepak

Fecha:

## 1.9 Revisiones

Fecha	N° de revisión	Numerales modificados y modificaciones
01/09/2019	O1	Versión Original
04/11/2019	O2	Revisión de contenidos y actualización de formatos.
27/04/2021	O3	Actualización del contenido del documento, Cambio de imagen corporativa.