Habilitación de Empresas Farmacéuticas

Departamento de Medicamentos

de SALUD





TABLA DE CONTENIDO

1. D	Descripción del Trámite	2
2. č	Qué requisitos previos debo cumplir para la realización del trámite?	2
3. ż	Qué requerimientos necesito para poder realizar este trámite en línea?	2
4. č	Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite en línea?	2
Ρ	Paso 1 – Ingresar datos solicitados en el formulario	2
Ρ	Paso 2 - Formulario para Citaciones y Notificaciones Electrónicas	16
Ρ	Paso 3 – Firmar manualmente Formulario	21
Ρ	Paso 4 – Información sobre el pago del trámite	22
Ρ	Paso 5 - Pago del Trámite	23
Ρ	Paso 6 – Mensaje de inicio exitoso del Trámite	25
Ρ	Paso 7 – Corrección de datos	28
5. č	¿Dónde puedo hacer seguimiento de mis Trámites?	29
6. ż	Dónde puedo realizar consultas?	31
7. č	Cómo continúa el trámite dentro del organismo una vez iniciado en línea?	31
8. I	nformación – Soporte de Activos	32





1. Descripción del Trámite

Es un trámite obligatorio que debe realizar toda empresa farmacéutica para poder funcionar.

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

Esta información se encuentra disponible en la web tramites.gub.uy. Para acceder a la misma ingresar en el siguiente enlace: <u>https://tramites.gub.uy/ampliados?id=2213</u>

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: <u>https://gestionusuarios.portal.gub.uy/registro/index</u>

4. ¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite en línea?

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 solicitud
- Datos de la empresa
- Domicilio de la empresa
- Datos de contacto de la empresa
- Técnico Responsable
- Representante Legal
- Tareas/Procesos de la empresa
- Área física de la empresa
- Personal en planilla de trabajo
- Datos de Planta, Depósitos y/u oficinas comerciales propias
- Servicios Tercerizados
- Documentos a adjuntar

A continuación detallamos cada una de las secciones del formulario:

Datos de la Solicitud

Dates colicitud	
- Datos solicituo	
Motivo de la solicitud*:	 Primera vez Renovación Ampliación Traslado
Fecha de la solicitud*:	05-10-2017
Nota de solicitud*:	 Subir archivo Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)

Figura 1 - Datos solicitud

f



En esta sección, usted debe seleccionar la siguiente información:

- Motivo de la solicitud: Puede seleccionar varios motivos entre; Primera vez, Renovación, Ampliación y Traslado.
- **Fecha de la solicitud:** Se cargará automáticamente la fecha del servidor.
- Nota de solicitud: Debe adjuntar una Nota dirigida al Ministro de Salud Pública solicitando la habilitación, firmada por el Representante Legal y la Dirección Técnica.

Datos de la empresa

Datos de la empresa	
Nombre de la empresa*:	
Razón Social*:	
RUT*:	
Ramo de giro*:	
Naturaleza Jurídica de la empresa*:	
Adjuntar documentación que acredite Naturaleza Jurídica*:	 Subir archivo Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)
¿El establecimiento está en Actividad en el ramo?*:	 Si No
Adjuntar Certificado*:	 Subir archivo Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)

Figura 2 - Datos de la empresa

En esta sección, usted debe seleccionar la siguiente información:



- Nombre de la empresa: Complete con el nombre de la empresa.
- Razón Social: Complete el espacio con la razón social de la empresa.
- **RUT:** Complete el espacio con el número de registro único tributario (RUT).
- **Ramo de giro:** Complete con el ramo de giro de la empresa.
- Naturaleza Jurídica de la empresa: Complete con la naturaleza jurídica de la empresa.
- Adjuntar documentación que acredite Naturaleza Jurídica: Debe adjuntar la documentación que acredite la Naturaleza Jurídica en formato PDF (Tamaño máximo 15MB).
- ¿El establecimiento está en Actividad en el ramo?: Seleccione Si o No dependiendo si está en actividad en el ramo.
- Adjuntar Certificado: Si selecciona Si en el punto anterior, debe adjuntar el certificado que constante que el establecimiento está en Actividad en el ramo en formato PDF (Tamaño máximo 15MB).

Domicilio de la empresa

Domicilio de la empresa		
Departamento*:	Seleccionar 🔻]
Localidad*:	Seleccionar •]
Domicilio completo*:]
Código Postal*:]

Figura 3 - Domicilio de la empresa



En esta sección, usted debe seleccionar la siguiente información:

- Departamento: Seleccione de la lista desplegable, el nombre del departamento correspondiente al domicilio de la empresa.
- Localidad: Deberá seleccionar la localidad correspondiente al domicilio de la empresa.
- **Domicilio completo:** Deberá ingresar el domicilio completo de la empresa.
- Código Postal: Ingrese los cinco caracteres numéricos del código postal.

Datos de contacto de la empresa

 Datos de contacto de la empres 	
Teléfono*:	
Fax*:	
Correo electronico*:	
Confirmación de correo electronico*:	

Figura 4 - Datos de contacto de la empresa

En esta sección, usted debe seleccionar la siguiente información:

- **Teléfono:** Complete con un número de teléfono de contacto.
- **Fax:** Complete con el número de Fax.
- Correo Electrónico: Ingrese un correo electrónico de contacto. El dato estará precargado con la información del usuario que se encuentra logueado.
- Confirmación Correo: 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.

Técnico Responsable

Técnico Responsable	
Documento de Identidad*:	CI
Número de documento*:	1111111
Apellido*:	Prueba Prueba
Nombre*:	Prueba
Título*:	
Cargo*:	
Celular*:	

Figura 5 - Técnico Responsable

En esta sub sección usted debe ingresar sus datos personales:

- 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.



- Apellido: Deberá ingresar sus apellidos. Los datos estarán precargados con los datos del usuario logueado.
- Nombre: Deberá ingresar sus nombres. Los datos estarán precargados con los datos del usuario logueado.
- **Título:** Deberá indicar el título profesional obtenido.
- **Cargo:** Deberá indicar el cargo del Técnico Responsable.
- **Celular:** Deberá ingresar número de celular de contacto.

Representante Legal

Representante Legal		
Documento de Identidad*:	CI	
Numero de documento*:		
Apellido*:		
Nombre*:		
Teléfono/Celular*:		

Figura 6 - Representante Legal

En esta sub sección usted debe ingresar los datos personales del Represente Legal:

 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.
- **Apellido:** Deberá ingresar los apellidos del Representante Legal.
- **Nombre:** Deberá ingresar los nombres del Representante Legal.
- **Teléfono/Celular:** Deberá ingresar número de celular o teléfono de contacto.

Tareas/Procesos de la empresa	
Tareas para las cuales la empresa ha sido habilitada *:	
Tareas para las cuales solicita habilitación por la presente*:	
Resumen de Procesos de acuerdo al ramo de giro:	
¿Desea adjuntar diagrama de procesos?*:	● Si ● No
Adjuntar Diagrama de Proceso*:	Subir archivo Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)

Tareas/Procesos de la empresa

Figura 7 - Tareas/Procesos de la empresa

En esta sub sección usted debe ingresar los siguientes datos:



f



- Tareas para las cuales la empresa ha sido habilitada: Complete con las tareas para las cuales la empresa ha sido habilitada.
- Tareas para las cuales solicita habilitación por la presente: Complete con las tareas para las cuales solicita habilitación por la presente.
- Resumen de Procesos de acuerdo al ramo de giro: Complete con el resumen de Procesos de acuerdo al ramo de giro.
- ¿Desea adjuntar diagrama de procesos?: Seleccione Si o No si desea adjuntar el diagrama de procesos.
- Adjuntar Diagrama de Procesos: En caso de haber seleccionado Si en la pregunta anterior, debe adjuntar el Diagrama de procesos de la empresa en formato PDF con un máximo de 15MB.

Área Física de la empresa

Área física de la empresa	
Área Física edificada m²*:	
Área Física utilizada m²*:	

Figura 8 - Área Física de la empresa

En esta sub sección usted debe ingresar los siguientes datos:

- Área física edificada m2: Complete con el área física edificada en m2.
- Área física utilizada m2: Complete con las el área física utilizada en m2. Es importante que el valor sea exacto ya que será utilizado para el cálculo del pago.

10



Personal en planilla de trabajo

Dersenel en planille de trabaie	
Personal en planilla de trabajo	
Total de personal ocupado en	
el establecimiento*:	
Total da hambraa asunadaa	
en el establecimiento*	
en el establecimiento :	
Total de mujeres ocupadas en	
el establecimiento*:	
Total de menores ocupados	
en el establecimiento*:	
A diverse also illa da taskaista	O Pubic arabiva
Adjuntar planilla de trabajo^:	
	Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)
Adjuntar fotocopias de	
Carnés de Salud vigentes de	
acuerdo con planilla de	Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)
trabajo*:	
Horarios de trabaio:	
L	

Figura 9 - Personal en planilla de trabajo

En esta sub sección usted debe ingresar los siguientes datos:

- Total de personal ocupado en el establecimiento: Complete con el total de personal ocupado en el establecimiento.
- Total de hombres ocupados en el establecimiento: Complete con el total de hombres ocupados en el establecimiento.
- Total de mujeres ocupadas en el establecimiento: Complete con el total de mujeres ocupadas en el establecimiento.
- Total de menores ocupados en el establecimiento: Complete con el total de menores ocupados en el establecimiento.



- Adjuntar planilla de trabajo: Debe adjuntar la planilla de trabajo en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Adjuntar fotocopias de Carnés de Salud vigentes de acuerdo con planilla de trabajo: Debe adjuntar fotocopias de Carnés de Salud vigentes de acuerdo con planilla de trabajo en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Horarios de trabajo: Si desea puede completar con los horarios de trabajo.

Datos de Planta, Depósitos y/u oficinas comerciales propias

Datos de Planta, Depósitos y/u oficinas comerciales propias*:						
Acciones Tipo Departamento Localidad Domicilio completo Teléfono de co						
×	Seleccionar. •	Artigas v				
<u>+ Agregar fila</u>						

Figura 10 - Datos de Planta, Depósitos y/u oficinas comerciales propias

En esta sub sección usted debe completar los siguientes datos de la tabla con las plantas, depósitos y/u oficinas de la empresa:

- **Tipo:** Seleccione entre Planta, Depósito u Oficina comercial.
- **Departamento:** Seleccione el departamento donde se ubica el tipo seleccionado.
- Localidad: Complete con la localidad correspondiente al departamento seleccionado.
- **Domicilio completo:** Complete con el domicilio completo del tipo seleccionado.
- Teléfono de contacto: Complete con el teléfono del tipo seleccionado.



Servicios Tercerizados

Servicios Tercerizados*:							
Acciones	Tipo	Nombre de empresa/Razón Social	Situación frente al MSP	Número de expediente			
×	Seleccionar •		Seleccionar •				
<u>+ Agregar fila</u>							

Figura 11 - Servicios Tercerizados

En esta sub sección usted debe completar los siguientes datos de la tabla de los servicios tercerizados:

- **Tipo:** Seleccione entre Elaboración, Depósito, Control de Calidad u Otro.
- Nombre de empresa/Razón Social: Complete con el nombre de empresa o la Razón Social del tipo seleccionado.
- Situación frente al MSP: Seleccione la situación de la empresa tercerizada frente al MSP entre Autorizado o En trámite.
- Número de expediente: Complete con el número de expediente de regularización frente en el MSP.



Adjuntos

La empresa solicitante aportará la siguiente información Marque los que correspondan*: Habilitación de la Dirección Nacional de Bomberos vigente Organigrama completo, incluyendo todas las secciones y cantidad de personal en cada una Descripción de tareas del personal técnico Planos Diagrama detallado de producción de agua y flujo hasta punto de muestreo con los puntos de muestreo Diagrama de aire con indicaciones de presiones diferenciales Diagrama de flujo de materiales Diagrama de flujo de personal Esquema de los procesos a ser inspeccionados Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activ y formas farmacéuticas Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas	Adjuntos					
 Marque los que correspondan*: Habilitación de la Dirección Nacional de Bomberos vigente Organigrama completo, incluyendo todas las secciones y cantidad de personal en cada una Descripción de tareas del personal técnico Planos Diagrama detallado de producción de agua y flujo hasta punto de muestreo con los puntos de muestreo Diagrama de aire con indicaciones de presiones diferenciales Diagrama de flujo de materiales Diagrama de flujo de personal Esquema de los procesos a ser inspeccionados Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activo y formas farmacéuticas Listado de procedimientos Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 	La empresa solicitante aportará la siguiente información					
 correspondan*: Organigrama completo, incluyendo todas las secciones y cantidad de personal en cada una Descripción de tareas del personal técnico Planos Diagrama detallado de producción de agua y flujo hasta punto de muestreo con los puntos de muestreo Diagrama de aire con indicaciones de presiones diferenciales Diagrama de flujo de materiales Diagrama de flujo de personal Esquema de los procesos a ser inspeccionados Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activo y formas farmacéuticas Listado de procedimientos Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 	Marque los que	Habilitación de la Dirección Nacional de Bomberos vigente				
 Descripción de tareas del personal técnico Planos Diagrama detallado de producción de agua y flujo hasta punto de muestreo con los puntos de muestreo Diagrama de aire con indicaciones de presiones diferenciales Diagrama de flujo de materiales Diagrama de flujo de personal Esquema de los procesos a ser inspeccionados Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activo y formas farmacéuticas Listado de procedimientos Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 	correspondan*:	Organigrama completo, incluyendo todas las secciones y cantidad de personal en cada una				
 Planos Diagrama detallado de producción de agua y flujo hasta punto de muestreo con los puntos de muestreo Diagrama de aire con indicaciones de presiones diferenciales Diagrama de flujo de materiales Diagrama de flujo de personal Esquema de los procesos a ser inspeccionados Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activo y formas farmacéuticas Listado de procedimientos Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 		Descripción de tareas del personal técnico				
 Diagrama detallado de producción de agua y flujo hasta punto de muestreo con los puntos de muestreo Diagrama de aire con indicaciones de presiones diferenciales Diagrama de flujo de materiales Diagrama de flujo de personal Esquema de los procesos a ser inspeccionados Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activ y formas farmacéuticas Listado de procedimientos Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 		Planos				
 Diagrama de aire con indicaciones de presiones diferenciales Diagrama de flujo de materiales Diagrama de flujo de personal Esquema de los procesos a ser inspeccionados Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activ y formas farmacéuticas Listado de procedimientos Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 		Diagrama detallado de producción de agua y flujo hasta punto de muestreo con los puntos de muestreo				
 Diagrama de flujo de materiales Diagrama de flujo de personal Esquema de los procesos a ser inspeccionados Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activ y formas farmacéuticas Listado de procedimientos Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 		Diagrama de aire con indicaciones de presiones diferenciales				
 Diagrama de flujo de personal Esquema de los procesos a ser inspeccionados Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activ y formas farmacéuticas Listado de procedimientos Lista de empresas representadas Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 		Diagrama de flujo de materiales				
 Esquema de los procesos a ser inspeccionados Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activi y formas farmacéuticas Listado de procedimientos Lista de empresas representadas Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 		Diagrama de flujo de personal				
 Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activi y formas farmacèuticas Listado de procedimientos Lista de empresas representadas Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 		Esquema de los procesos a ser inspeccionados				
 Listado de procedimientos Lista de empresas representadas Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 		Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activos y formas farmacéuticas				
 Lista de empresas representadas Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas 		Listado de procedimientos				
Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas		Lista de empresas representadas				
		Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas				



En esta sub sección usted debe seleccionar los documentos que desee adjuntar:

- Habilitación de la Dirección Nacional de Bomberos vigente: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Organigrama completo, incluyendo todas las secciones y cantidad de personal en cada una: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Descripción de tareas del personal técnico: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.



- Planos: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Diagrama detallado de producción de agua y flujo hasta punto de muestreo con los puntos de muestreo: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Diagrama de aire con indicaciones de presiones diferenciales: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Diagrama de flujo de materiales: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Diagrama de flujo de personal: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Esquema de los procesos a ser inspeccionados: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Nómina de productos de la empresa con autorización de venta, en trámite de Registro o con intención de elaborar, indicando si son de importación, fabricación propia o por terceros, detallando los principios activos y formas farmacéuticas: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Listado de procedimientos: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.
- Lista de empresas representadas: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.



 Listado de las empresas para las que la solicitante terceriza y listado de los productos que les elabora detallando los principios activos y formas farmacéuticas: Si selecciona que sea adjuntarlo se habilitará el botón para que adjunte el documento correspondiente en formato PDF con un máximo de 15MB.

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 13 - 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 14 - 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*:	Pasaporte •	
Numero de documento*:		
Dirección completa:		
Código Postal:		
Departamento*:	Seleccionar	
Lesslided*		
Localidad".	Seleccionar	
Teléfono/Celular*:		
Correo electrónico*:	prueba@prueba.com	
Correo electrónico*:	prueba@prueba.com	

Figura 15 - 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*:	Prueba
RUT*:	210674180011
Dirección completa:	
Código Postal:	
Departamento*:	Seleccionar
Localidad*:	Seleccionar 🔻
Teléfono/Celular*	
Correo electronico*:	pruebal@prueba.com
Correo electrónico*:	prueba@prueba.com

Figura 16 - 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.

PRESIDENCI



- 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



Figura 17 - Cláusula de Consentimiento Informado

Usted debe seleccionar una de las opciones, SI/NO acepta los términos de la cláusula. En caso 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

PRESIDENCLA



ingreso de todos los datos requeridos, incluyendo archivos adjuntos. En caso que no se verifique el ingreso correctamente, el sistema identifica el dato requerido de la siguiente forma:

> Hay 4 errores en el formulario El campo "Documento de identidad" es obligatorio. El campo "Departamento" es obligatorio. El campo "Localidad" es obligatorio. El campo "Teléfono/Celular" es obligatorio.

> > Figura 18 - Errores detectados

Paso 3 – Firmar manualmente Formulario

Usted deberá descargar el formulario con los datos ya cargados, 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 cuál 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 Subir archivo timbre profesional*: Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)

Figura 19 - Firmar manualmente Formulario



Paso 4 – Información sobre el pago del trámite

Información sobre el pago del trámite

Al seleccionar el botón "Siguiente" se generará el ticket de pago en MSP asociado al tramite , el cuál 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 tramite desde el comienzo.

Figura 20 - 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 5 - 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 21 - 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.

Hinisterio de SALUD			• ⁵ CONECTOR				Usuario:	
Detalle Inform	ación							
Tipo Documento:	CÉDULA DE IDENTIDAD			Nro. Documento:	43401778			
Referencia de sistema MSP:	123x4830			Cod. deuda:	2021			
Fecha de Vencimiento:	12/11/2017			Fecha Hasta que se puede cobrar:	12/11/2017			
Concepto:	Fijo 1 (NV T F)			Estado:	Pendiente			
Moneda: Dólar Ar	mericano	Monto total:	794,94	Cotización: 33,200000	Val M. N	or 26392,01		
Numero Factura:								
CONFIRMAR PAGO			IMPRIMIR					
MINISTERIO DE SAL 18 de Julio 1892. CP Tel:1934 Montevideo - Urugua comunicaciones@ms	UD PÚBLICA 11200 V 80.0UD.UV							V. 1.1.4.9

Figura 22 - Detalle de pago

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

f



Forma de Pago Costo Total					
O Abitab	26392,01				
BANRED	26392,01				
O BBVA	26392,01				
BROU	26392,01				
Red Nacional de Cobros y Pagos (CORREO)	26392,01				
RedPagos	26392,01				
Santander	26392,01				

Figura 23 - 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 especifico. 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 click 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 6 – Mensaje de inicio exitoso del Trámite

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

Constancia de Inicio de Trámite
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.
Será notificado al correo electrónico en cuanto se tome una resolución de la solicitud.

Figura 24 – Constancia de inicio

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

Destinatarios	Correo proporcionado para comunicaciones	Asunto Habilitación de Empresas Farmacéuticas				
Cuerpo del correo electrónico	de SALUD					
	Inicio	de trámite en línea				
	Habilitación de	e Empresas Farmacéuticas				
	Estimado usuario/a, su solicitud xxxx, será evaluada por el De Evaluación Sanitaria una ve exitosamente.	ha sido iniciada exitosamente con el número epartamento de Medicamentos de la División ez sea constatado el pago del trámite				
	Será notificado al correo electró solicitud.	nico en cuanto se tome una resolución de la				
	El Código para realizar el seguim	niento en línea del estado del trámite es:				
	x	XXXXXX				
	Copie el código y pegue en la página de seguimiento: <u>Ingresar</u> Este es un correo automático que no recibe respuestas. Por consultas diríjase al Organismo donde realizó el trámite.					
	Departamento Medicamentos - División Evaluación Sanitaria					



f 💟 dia



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 7)

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 Generación de expediente al Solicitante:

Destinatarios	Correo Solicitante	Asunto	Habilitación Farmacéuticas	de	Empresas	
Cuerpo del correo electrónico		Hiniste de SAL	erio UD			
	Inicio de trámite en línea Habilitación de Empresas Farmacéuticas					
	Estimado usuario, su trámite número xxxx está siendo procesado con el número de expediente xxxx.					
	Este es un correo automático que Por consultas diríjase al Organisi	e no recib no donde	e respuestas. realizó el trámite	2.		
	Departamento Medicamentos	- Divisió	n Evaluación Sa	anitaria		



Mensaje de Corrección al Solicitante:

Destinatarios	Correo Solicitante	Asunto	Habilitación Farmacéuticas	de	Empresas		
Cuerpo del correo electrónico	de SALUD Inicio de trámite en línea Habilitación de Empresas Farmacéuticas						
	Estimado usuario, su trámite r siguientes motivos: XXXXX Ingrese al sistema y modifique sistema: <u>Clickear aquí</u> Una vez logueado en el sistema, y con el Id correspondiente al tra <i>Este es un correo automático qu</i> <i>Por consultas diríjase al Organisi</i> Departamento Medicamentos	número X los datos usted del ámite com <i>e no recibo</i> <i>mo donde</i> s - Divisió	XXX , ha sido observados. Enla pe ingresar a la E pletar lo solicitad e respuestas. realizó el trámite n Evaluación Sa	observa ace para Bandeja do. e. anitaria	do por los acceder al de entrada		

Mensaje de Cancelación al Solicitante:

Destinatarios	Correo Solicitante	Asunto	Habilitación Farmacéuticas	de	Empresas
Cuerpo del correo electrónico	de SALUD				
	Inicio de trámite en línea Habilitación de Empresas Farmacéuticas				
	Estimado usuario, su trámite número XXXX , ha sido cancelado por los siguientes motivos: XXXX				o por los
	Este es un correo automático que no recibe respuestas. Por consultas diríjase al Organismo donde realizó el trámite.				
	Departamento Medicamentos	- Divisió	n Evaluación Sa	anitaria	



f 💟 di



Paso 7 – 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		
	1.	

Figura 25 - 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 sig Técnico y Responsable Legal, y	uiente link el formulario con los datos completados, el cuál debe ser firmado manualmente por el Responsable / contener timbre profesional del Responsable Técnico.
Para que el documento sea váli	do ante el MSP, las firmas deben ser certificadas y con control notarial de la empresa.
	Descargar Formulario (.pdf)
Luego de realizar lo anteriorme	nte mencionado, debe adjuntar el documento:
Adjuntar Formulario firmado con timbre profesional*:	Subir archivo Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)

Figura 26 - Firmar manualmente Formulario corregido





Una vez editado lo solicitado, el sistema emitirá un mensaje notificando el correcto envió el 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 27- Mensaje corrección de datos

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

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	Trán	Trámites en que ha participado					
Bandeja de Entrada (45) Sin asignar (134)	ld	Nombre	Etapa actual	Fecha Modificación	Estado	Acciones	
Mis Trámites (232)	1040	Consultas, Reclamos y Denuncias de los Usuarios de la Salud		19.Sep.2016 17:51:40	Completado	Ver historial 👻	
	1039	Consultas, Reclamos y Denuncias de los Usuarios de la Salud		19.Sep.2016 17:45:58	Completado	Ver historial 👻	
	1037	Consultas sobre Situaciones Ambientales u Ocupacionales		19.Sep.2016 17:44:16	Completado	Ver historial 👻	
	1036	Cambio de Prestador de Salud (Afiliación) por Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Beneficiarias no FONASA		19. Sep. 2016 17: 43: 49	Completado	Ver historial 🗸	

Figura 288 - 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.





6. ¿Dónde puedo realizar consultas?

Mesa de ayuda del MSP:

- Vía web a través del mail: <u>mesadeayuda@msp.gub.uy</u>
- En forma telefónica a través del 1934 int. 3233

En los canales de Atención Ciudadana:

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

Departamento de Medicamentos:

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

7. ¿Cómo continúa el trámite dentro del organismo una vez iniciado en línea?

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 será notificado el Director Técnico de la empresa.



8. Información – Soporte de Activos

Activo: SIMPLE	
Criticidad (Alta/Media /Baja): Alta	
Código del documento: MA-13221-001	
Versión:	
Elaborado por: Noemí Ramírez	Fecha:
Revisado por: Isabel Slepak	Fecha:
Aprobado por: Beatriz Luna	Fecha:



f 🏏 👪