



Ministerio
de Salud Pública

Manual para Usuarios

Trámite:

Hurtos / Extravíos de Recetarios

División Sustancias Controladas



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| 1. MANUAL PARA EL CIUDADANO..... | 2 |
| 1.1 Descripción del Trámite..... | 2 |
| 1.2 ¿Qué requisitos previos debo cumplir para la realización del trámite?..... | 2 |
| 1.3 ¿Qué requerimientos necesito para poder realizar este trámite en línea?..... | 2 |
| 1.4 ¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite en línea?..... | 2 |
| Paso 1 - Ingreso de notificación de hurto o extravío..... | 2 |
| Paso 2 - Formulario de citaciones y notificaciones electrónicas..... | 7 |
| Paso 3 - Encuesta de satisfacción | 10 |
| Paso 4 - Resolución del trámite..... | 11 |
| 1.5 ¿Dónde puedo hacer seguimiento de mis Trámites?..... | 11 |
| 1.6 ¿Dónde puedo realizar consultas? | 12 |
| 1.7 ¿Cómo continúa el trámite dentro del organismo, una vez iniciado en línea? | 13 |
| 1.8 Información - Soporte de Activos | 13 |



1. MANUAL PARA EL CIUDADANO

1.1 Descripción del Trámite

Es el trámite que se debe realizar en caso de hurto o extravío de recetarios correspondientes a la prescripción de sicofármacos y estupefacientes ante la División de Sustancias Controladas del Ministerio de Salud Pública.

1.2 ¿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: <https://www.gub.uy/tramites/hurtos-extravios-recetarios>.

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 en línea?

Paso 1 – Ingreso de notificación de hurto o extravío.

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 Hurto/Extravío de Recetarios
- Datos de la Empresa o Datos del Titular.

A continuación detallamos cada una de las secciones del formulario:

En primera instancia el notificador debe seleccionar si es el titular del recetario o un representante de una Institución médica.

Datos de la solicitud

Los campos indicados con * son obligatorios.

Datos del hurto/extravío

Hurto notificado por*: Titular del recetario
 Institución médica
 Farmacia
 Otro

Figura 1. Hurto notificado por.

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

- **Titular del recetario.**

Datos del hurto/extravío de recetarios.

Como se puede observar en la figura deberá completar los datos de las recetas extraviadas o hurtadas en la tabla "Recetas" donde seleccionará el tipo de receta (verde, celeste, amarilla o naranja, la numeración de la misma (en caso de corresponder ingrese el intervalo de numeración) y la serie.

Deberá adjuntar la copia de la denuncia policial en formato pdf y deberá explicar en detalle el suceso ocurrido. En caso de así desearlo, podrá adjuntar un archivo en formato pdf con información complementaria.



Datos del Hurto/Extravío de Recetarios

Hurto notificado por*: Titular del recetario
 Institución médica

Recetas*:

| Acciones | Tipo | Numeración | Serie |
|-----------------------|------|------------|-------|
| Sin datos disponibles | | | |

[+ Agregar fila](#)

Adjunte la denuncia policial*:

Explique el suceso*:

De considerarlo adjunte documento complementario:

Figura 2. Datos del hurto/extravío de recetarios- Titular del recetario.

Datos del titular

Debe ingresar los datos personales del titular del recetario: documento de identidad, número de documento, nombres y apellidos del titular y número de caja profesional. Además deberá seleccionar el título (médico, médico veterinario u odontólogo) y la especialidad (medicina general, geriatría, neurología, siquiatría, otro). En caso de seleccionar "otro", debe ingresar la especialidad.

Datos del Titular

Documento de identidad*: C.I. ▼

Número de documento*:

Apellidos del Titular*:

Nombres del Titular*:

Número de Caja Profesional*:

Título obtenido*: Médico ▼

Especialidad Médica*: Seleccionar ▼

Figura 3. Datos del titular - Titular del recetario.

- **Institución médica.**

Datos del hurto/extravío de recetas.

En caso que declare el hurto o extravío como institución médica deberá completar los datos de las recetas extraviadas o hurtadas en la tabla "Recetas" donde ingresará el número de caja profesional del titular de la receta, el tipo de receta (verde, celeste, amarilla o naranja, la numeración de la misma (en caso de corresponder ingrese el intervalo de numeración) y la serie.

Además deberá adjuntar la copia de la denuncia policial en formato pdf y explicar en detalle el suceso ocurrido. En caso de así desearlo, podrá adjuntar un archivo en formato pdf con información complementaria.

Datos del Hurto/Extravío de Recetarios

Hurto notificado por*: Titular del recetario
 Institución médica

Recetas*:

| Acciones | Número Caja Profesional | Tipo | Numeración | Serie |
|-----------------------|-------------------------|------|------------|-------|
| Sin datos disponibles | | | | |

[+ Agregar fila](#)

Adjunte la denuncia policial*:

Explique el suceso*:

De considerarlo adjunte documento complementario:

Figura 4. Datos del hurto/extravío- Institución médica.

Datos de la empresa.

Deberá completar los datos de la institución médica: razón social y RUT.

Datos de la empresa

Razón Social*:

RUT*:

Figura 5. Datos de la empresa.

- **Farmacia /otros.**

En caso de que el hurto/extravío sea notificado por una farmacia u otra empresa, que estará obligado a especificar, deberá completar los datos de las recetas en la tabla "Recetas" donde ingresará el número de caja profesional del titular de la receta, el tipo de receta (verde, celeste, amarilla o naranja, la numeración de la misma (en caso de corresponder ingrese el intervalo de numeración) y la serie.

Además deberá adjuntar la copia de la denuncia policial en formato pdf y explicar en detalle el suceso ocurrido. A diferencia de los caso anteriores, la empresa deberá completar los adicionales del recetario (fecha aproximada de adquisición compra del recetario, si el mismo es asociado a una institución o fue solicitado a titulo persona).

Datos del hurto/extravío

Hurto notificado por*: Titular del recetario
 Institución médica
 Farmacia
 Otro

Datos del Hurto/Extravío de Recetarios:

Recetas*:

| Acciones | Nro. caja profesional | Tipo | Numeración | Serie |
|----------|-----------------------|------------------|----------------------|----------------------|
| | <input type="text"/> | Seleccionar... ▼ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

[+ Agregar fila](#)

Denuncia policial*:
Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB).
La denuncia policial deberá incluir con detalle los artículos faltantes.

Suceso*:
Cantidad máxima de caracteres: 750.
La descripción debe ser explicativa en detalle de lo ocurrido.

Documento complementario:
Formato aceptado: PDF (Tamaño máximo 15MB)

Información adicional*:
Cantidad máxima de caracteres: 750.
Fecha aproximada de adquisición o compra de recetario, si el mismo es asociado a una institución o fue solicitado a título personal.

Figura 6. Datos del hurto/extravío- Farmacia u otro.



Paso 2 – Formulario de citaciones y notificaciones electrónicas.

- **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.

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.

- **Tipo de Titular**

El notificador debe seleccionar si es una persona física o jurídica a quién deben notificarse las comunicaciones pertinentes:

Tipo de titular: Persona física
 Persona jurídica

Figura 8. Información del titular.

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

- **Persona Física**

Si la persona a notificar es una persona física deberá completar los datos personales y de contacto de la misma: Nombre y apellido, documento de identidad, número de documento, dirección, código postal, departamento, localidad, teléfono, correo electrónico y confirmación de correo electrónico,



Datos a completar

| | |
|--------------------------------------|--|
| Nombre y Apellido*: | <input type="text"/> |
| Documento de identidad*: | <input type="text" value="Seleccionar"/> |
| Dirección*: | <input type="text"/> |
| Código postal*: | <input type="text"/> |
| Departamento*: | <input type="text" value="Seleccionar"/> |
| Localidad*: | <input type="text" value="Seleccionar"/> |
| Teléfono/Celular*: | <input type="text"/> |
| Correo electrónico*: | <input type="text"/> |
| Confirmación de correo electrónico*: | <input type="text"/> |

Figura 9. Datos a completar- Persona física.

- **Persona Jurídica.**

Si la persona a notificar es una persona jurídica deberá completar el nombre de la empresa, razón social, RUT, dirección, código postal, departamento, localidad y los datos de contacto de la misma: teléfono, correo electrónico y confirmación de correo electrónico.

Datos a completar

| | |
|--------------------------------------|--|
| RUT*: | <input type="text"/> |
| Nombre fantasía*: | <input type="text"/> |
| Dirección*: | <input type="text"/> |
| Código postal*: | <input type="text"/> |
| Departamento*: | <input type="text" value="Seleccionar"/> |
| Localidad*: | <input type="text" value="Seleccionar"/> |
| Teléfono/Celular*: | <input type="text"/> |
| Correo electrónico*: | <input type="text"/> |
| Confirmación de correo electrónico*: | <input type="text"/> |

Figura 10. Datos a completar- Persona jurídica.

- Cláusula de Consentimiento informado

Cláusula de conocimiento informado

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: Hurtos/Extravíos de Recetarios.

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 los 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 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.

Términos de la cláusula*: Acepto los términos
 No acepto los términos (no se enviará el mensaje)

Figura 11. Cláusula de consentimiento informado.

En esta sección usted puede visualizar el siguiente mensaje:

"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: Hurtos/ extravíos de Recetarios"

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".

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

Hay **10 errores** en el formulario

- El campo "Tipo de cupo" es obligatorio.
- El campo "Año para el que corresponde la previsión" es obligatorio.
- El campo "Fundamentos" es obligatorio.
- El campo "Nombre de la empresa" es obligatorio.
- El campo "RUT" es obligatorio.
- El campo "Teléfono/Celular" es obligatorio.
- El campo "Correo electrónico" es obligatorio.
- El campo "Documento de Identidad" es obligatorio.
- El campo "Apellidos" es obligatorio.
- El campo "Nombres" es obligatorio.

Figura 12. Errores detectados.

Paso 3 – Encuesta de satisfacción

Para dar por concluido el trámite usted debe seleccionar su nivel de satisfacción respecto a la gestión del trámite, haciendo clic sobre las opciones que aparecen en pantalla y completar el cuadro de comentarios.

Encuesta

Los campos indicados con * son obligatorios.

Encuesta de satisfacción

¿Cómo calificarías esta gestión?*: 1 - Insatisfecho
 2 - Poco satisfecho
 3 - Algo satisfecho
 4 - Bastante satisfecho
 5 - Muy satisfecho

Comentarios*:

Tamaño máximo 750 caracteres.

[Volver](#)

Figura 13. Encuesta de satisfacción.

Para finalizar el trámite seleccione el botón "Siguiente" y "Finalizar" (figura 14).

Hurtos / Extravíos de Recetarios

Paso final

Estimado usuario, su solicitud se ingresará en el sistema.

Será notificado al correo electrónico en cuanto la División de Sustancias Controladas evalúe la solicitud.

Para confirmar y enviar el formulario a la siguiente etapa haga click en Finalizar.

[← Volver](#)

[Finalizar](#)

Figura 14. Paso final.

Paso 4 – Resolución del trámite.

Una vez enviada la información a la División, el funcionario a cargo del trámite evaluará y tomará resolución de la misma, aprobando, solicitando correcciones o cancelando el trámite.

En caso que se solicite la corrección del trámite será notificado por correo electrónico con los pasos a seguir. Si el trámite es cancelado, al igual que el caso anterior, será notificado mediante correo electrónico con los motivos por el cual fue cancelado el trámite y el mismo quedará finalizado.

En caso que la información ingresada no presente objeciones el funcionario a cargo aprobará el trámite el cual continuará como expediente electrónico. Será notificado al correo de contacto que el mismo fue aprobado con el número de expediente asignado en el cual continuará el proceso de análisis.

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 | | Trámites en que ha participado | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|-------------------------|------------|-------------------------------|
| Bandeja de Entrada (45) | | | | | |
| Sin asignar (134) | | | | | |
| Mis Trámites (232) | | | | | |
| 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 | 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 (Afilación) por Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Beneficiarias no FONASA | | 19.Sep.2016 17:43:49 | Completado | Ver historial |

Figura 15. 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 realizar consultas?

Mesa de ayuda del MSP:

- Vía web a través del mail: mesadeayuda@msp.gub.uy
- 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: atencionciudadana@agesic.gub.uy
- En forma presencial en los Puntos de Atención Ciudadana, ver direcciones en www.atencionciudadana.gub.uy

En la División de Sustancias Controladas:

- Vía web a través del mail: sicofarmacos@msp.gub.uy
- En forma presencial en Avenida 18 de julio 1892, planta baja, Oficina O8, previa agenda para consultas.



1.7 ¿Cómo continúa el trámite dentro del organismo, una vez iniciado en línea?

La División Sustancias controladas evalúa su solicitud y en caso de aprobar se generará un expediente electrónico que continuará con el proceso de análisis del cual será notificado, una vez culminado, a los datos completados de contacto.

1.8 Información – Soporte de Activos

Activo: SIMPLE

Criticidad (Alta/Media /Baja): Alta

Código del documento: MA-13O1O-O14

Versión: O1

Elaborado por: IQ Melania Olmedo

Fecha: 10/8/2020

Revisado por: Lic. Aniuska García

Fecha: 12/8/2020

Aprobado por: QF Alicia Plá

fecha: 12/8/2020