

**MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS**

**TRÁMITE 6: DISPOSICIÓN FINAL DE DESECHOS  
FARMACÉUTICOS Y OTROS PRODUCTOS PARA LA SALUD  
HUMANA.**

**Confeccionado por:  
MGTER. JOSÉ R. ABREGO B.**

**Jefe – Sección de Inspección a Establecimiento Farmacéutico y No  
Farmacéutico.**

**12 DE OCTUBRE DE 2023.**



# CREAR CUENTA: USUARIO



MINISTERIO  
DE SALUD

Entre con su cuenta



¿Aún no tiene una cuenta? [Regístrese Ahora](#)

Iniciar Sesión




MINISTERIO  
DE SALUD


# CREAR CUENTA: USUARIO

Registrarse

1



 El nombre es obligatorio

2

 El apellido es obligatorio


3

4


 La cédula es obligatoria  dato requerido

5

6

 La contraseña es obligatoria


7

 dato requerido


8


¿Ya tiene una cuenta? [Entrar Ahora](#)



# SOLICITUD DE TRÁMITE





REPÚBLICA DE PANAMÁ  
GOBIERNO NACIONAL



S Solicitante Solicitante


Bandeja de entrada 





Nueva solicitud  

N.Trámite

Estado: Todos  

Trámite: Todos  

Fase: Todas 

Fecha de registro:    

| Estado | Fecha de Registro | Solicitante | N.Trámite | Trámite | Fase | Actividad |
|--------|-------------------|-------------|-----------|---------|------|-----------|
|--------|-------------------|-------------|-----------|---------|------|-----------|

# SOLICITUD DE TRÁMITE

Q Buscar

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Licencia de Operación</b> <input type="button" value="Seleccionar"/> ✓<br><br>Expedición de Licencias de Operación a Establecimientos Públicos y Privados a nivel nacional   | <b>Certificado de Buenas Prácticas (Fabricación y Almacenamiento)</b> <input type="button" value="Seleccionar"/> ✓<br><br>Establecimiento de controles, criterios técnicos y procedimientos para el otorgamiento del Certificado de Buenas Prácticas. | <b>Defectos de Calidad</b> <input type="button" value="Seleccionar"/> ✓<br><br>Investigación de potenciales problemas de fabricación, almacenamiento, distribución y/o transporte.  |
| <b>Certificado de Inscripción de Materia Prima</b> <input type="button" value="Seleccionar"/> ✓<br><br>Cumplimiento de controles, criterios técnicos y procedimientos para la inscripción, modificación o renovación de la inscripción. | <b>Carnet de Visitador Médico</b> <input type="button" value="Seleccionar"/> ✓<br><br>Expedición de carnets para la identificación de profesionales de la salud que realizan la actividad de visita médica.   | <b>Disposición Final de Desechos Farmacéuticos</b> <input type="button" value="Seleccionar"/> ✓<br><br>Establecimiento de controles, criterios técnicos y procedimientos para las inspecciones de verificación de los procesos de disposición final.                |
| <b>Asesoría Legal</b> <input type="button" value="Seleccionar"/> ✓<br><br>Asesoría Legal en la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas, en procesos como el Control previo y Control posterior.   | <b>Asesoría Legal: Proceso Sancionatorio</b> <input type="button" value="Seleccionar"/> ✓<br><br>Emisión de resoluciones administrativas asociadas a los procesos sancionatorio por infracción a las normas sanitarias vigentes                       | <b>Asesoría Legal: Proceso Sancionatorio (Reconsideración)</b> <input type="button" value="Seleccionar"/> ✓<br><br>Emisión de resoluciones administrativas asociadas a los procesos sancionatorio por infracción a las normas sanitarias vigentes (Reconsideración) |



# DATOS GENERALES

## DATOS GENERALES

DOCUMENTACIÓN  
O INFORMACIÓN  
ADJUNTA

MÉTODO DE  
DESTRUCCIÓN

EMPRESA QUE  
REALIZARÁ EL  
PROCESO DE  
DISPOSICIÓN FINAL

SOLICITUD DE  
EXONERACIÓN  
DEL PAGO

VALIDACIÓN DE  
SOLICITUD

CÁLCULO DE  
PAGO DE  
SOLICITUD

[SALIR](#) [GUARDAR Y SALIR](#) [SIGUIENTE >](#)

### Datos Generales

Tipo de Trámite  
Productos sujetos a control

Sector  
Público

Datos del Tramitante

Tipo de Identificación  
NA

No. Identificación

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

Correo de notificación

Teléfono



# DATOS GENERALES

## DATOS GENERALES

DOCUMENTACIÓN  
O INFORMACIÓN  
ADJUNTA

MÉTODO DE  
DESTRUCCIÓN

EMPRESA QUE  
REALIZARÁ EL  
PROCESO DE  
DISPOSICIÓN FINAL

SOLICITUD DE  
EXONERACIÓN  
DEL PAGO

VALIDACIÓN DE  
SOLICITUD

CÁLCULO DE  
PAGO DE  
SOLICITUD

### Datos del Establecimiento



### Representante Legal



# DATOS GENERALES

## DATOS GENERALES

DOCUMENTACIÓN  
O INFORMACIÓN  
ADJUNTA

MÉTODO DE  
DESTRUCCIÓN


EMPRESA QUE  
REALIZARÁ EL  
PROCESO DE  
DISPOSICIÓN FINAL

SOLICITUD DE  
EXONERACIÓN  
DEL PAGO

VALIDACIÓN DE  
SOLICITUD

CÁLCULO DE  
PAGO DE  
SOLICITUD

### Regente Farmacéutico

 ESTOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS, DE REQUERIR UNA CONSIDERACIÓN POR NO CONTAR CON REGENTE FARMACÉUTICO DEBERÁ DECLARAR LA RAZÓN POR LA CUAL DEBE CONSIDERARSE SU SOLICITUD DE DISPOSICIÓN FINAL

Cuenta con Regente Farmacéutico



Si

Reg. Farmacéutico Tipo de Identificación  
NA





# DOCUMENTACIÓN

DATOS  
GENERALES

DOCUMENTACIÓN  
O INFORMACIÓN  
ADJUNTA

MÉTODO DE  
DESTRUCCIÓN

EMPRESA QUE  
REALIZARÁ EL  
PROCESO DE  
DISPOSICIÓN FINAL

SOLICITUD DE  
EXONERACIÓN  
DEL PAGO

VALIDACIÓN DE  
SOLICITUD

CÁLCULO DE  
PAGO DE  
SOLICITUD

## Documentación o Información Adjunta

[+ AÑADIR](#) [VER](#) [EDITAR](#) [ELIMINAR](#)

| Usado | Tipo de Producto | Nombre del Producto a Destruir | Nro de lote | Cantidad por unidad | Fecha de expiración | Precio unitario | Peso Total (Kg) | Motivo para la disposición final |
|-------|------------------|--------------------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------|-----------------|----------------------------------|
|-------|------------------|--------------------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------|-----------------|----------------------------------|

Total de precios unitarios  
\$0.00

Total de pesos (Kg)  
0.00



# DOCUMENTACIÓN

DATOS  
GENERALES

DOCUMENTACIÓN  
O INFORMACIÓN  
ADJUNTA

MÉTODO DE  
DESTRUCCIÓN

EMPRESA QUE  
REALIZARÁ EL  
PROCESO DE  
DISPOSICIÓN FINAL

SOLICITUD DE  
EXONERACIÓN  
DEL PAGO

VALIDACIÓN DE  
SOLICITUD

CÁLCULO DE  
PAGO DE  
SOLICITUD

## Facturas


Descripción

Descargar

 AGREGAR

No se encontraron elementos

Declaración Jurada

 ADJUNTAR

Motivo Disposición

 SALIR

< ANTERIOR

 GUARDAR Y SALIR

SIGUIENTE >



# DOCUMENTACIÓN

DATOS

GENERALES

DOCUMENTACIÓN  
O INFORMACIÓN  
ADJUNTA

MÉTODO DE  
DESTRUCCIÓN

EMPRESA QUE  
REALIZARÁ EL  
PROCESO DE  
DISPOSICIÓN FINAL

SOLICITUD DE  
EXONERACIÓN  
DEL PAGO

VALIDACIÓN DE  
SOLICITUD

CÁLCULO DE  
PAGO DE  
SOLICITUD

### Añadir registro

Usado

Tipo de Producto

Nombre del Producto a Destruir

Nro de lote

Cantidad por unidad

Fecha de expiración


Precio unitario

Peso Total (Kg)

Motivo para la disposición final

Motivo

[Ficha Técnica](#)

 [ADJUNTAR](#)



# DOCUMENTACIÓN

DATOS  
GENERALES

DOCUMENTACIÓN  
O INFORMACIÓN  
ADJUNTA

MÉTODO DE  
DESTRUCCIÓN

EMPRESA QUE  
REALIZARÁ EL  
PROCESO DE  
DISPOSICIÓN FINAL


SOLICITUD DE  
EXONERACIÓN  
DEL PAGO

VALIDACIÓN DE  
SOLICITUD

CÁLCULO DE  
PAGO DE  
SOLICITUD


### Facturas



| Descripción  | Descargar | 1 | AGREGAR |
|--|-----------|---|---------|
| No se encontraron elementos  |           |   |         |
| <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">Motivo Disposición</div> |           |   |         |

 dato requerido

### Adjuntar Archivo

Descripción

 SELECCIONAR ARCHIVO

 CANCELAR  GUARDAR 1



# MÉTODO DE DESTRUCCIÓN

DATOS

GENERALES

DOCUMENTACIÓN

O INFORMACIÓN

ADJUNTA

**MÉTODO DE  
DESTRUCCIÓN**

EMPRESA QUE

REALIZARÁ EL

PROCESO DE

DISPOSICIÓN FINAL

SOLICITUD DE

EXONERACIÓN

DEL PAGO

VALIDACIÓN DE

SOLICITUD

CÁLCULO DE

PAGO DE

SOLICITUD

## Método de destrucción

⚠ EL MÉTODO DE DESTRUCCIÓN QUE SERÁ EMPLEADO. DEBE SER CONSONO CON EL MÉTODO QUE INDIQUE EL LABORATORIO FABRICANTE EN SU FICHA TÉCNICA PARA CADA PRODUCTO

Método



# PAGO

DATOS

GENERALES

DOCUMENTACIÓN  
O INFORMACIÓN  
ADJUNTA

MÉTODO DE  
DESTRUCCIÓN

EMPRESA QUE  
REALIZARÁ EL  
PROCESO DE  
DISPOSICIÓN FINAL

SOLICITUD DE  
EXONERACIÓN  
DEL PAGO

VALIDACIÓN DE  
SOLICITUD

CÁLCULO DE  
PAGO DE  
SOLICITUD


## Empresa que realizará el Proceso de Disposición Final

Empresa

De acuerdo a Resolución o Permiso No.

Resolución

 ADJUNTAR

 ¡Importante: debe adjuntar la resolución emitida por la Sub-dirección General de Salud Ambiental del MINSA para la disposición final de desechos farmacéutico!

Provincia

Distrito

Corregimiento

Dirección



# PAGO

DATOS  
GENERALES

DOCUMENTACIÓN  
O INFORMACIÓN  
ADJUNTA

MÉTODO DE  
DESTRUCCIÓN

EMPRESA QUE  
REALIZARÁ EL  
PROCESO DE  
DISPOSICIÓN FINAL

SOLICITUD DE  
EXONERACIÓN  
DEL PAGO

VALIDACIÓN DE  
SOLICITUD

CÁLCULO DE  
PAGO DE  
SOLICITUD

## Solicitud de Exoneración del pago

Solicitud de Exoneración del pago vigente en Norma

No

## Solicitud de Exoneración del pago

Solicitud de Exoneración del pago vigente en Norma

Si

Justificación

### Anexos

Descripción

Descargar

 AGREGAR

No se encontraron elementos



# VALIDACIÓN

DATOS

GENERALES

DOCUMENTACIÓN

O INFORMACIÓN

ADJUNTA

MÉTODO DE

DESTRUCCIÓN

EMPRESA QUE

REALIZARÁ EL

PROCESO DE

DISPOSICIÓN FINAL

SOLICITUD DE

EXONERACIÓN

DEL PAGO

VALIDACIÓN DE

SOLICITUD

CÁLCULO DE

PAGO DE

SOLICITUD

## Validación de Solicitud





# CÁLCULO DEL PAGO

DATOS

GENERALES

DOCUMENTACIÓN

O INFORMACIÓN

ADJUNTA

MÉTODO DE

DESTRUCCIÓN

EMPRESA QUE

REALIZARÁ EL

PROCESO DE

DISPOSICIÓN FINAL

SOLICITUD DE

EXONERACIÓN

DEL PAGO

VALIDACIÓN DE

SOLICITUD

CÁLCULO DE

PAGO DE

SOLICITUD

## Cálculo de Pago de Solicitud

Total de precios unitarios


\$87,500.00

Usted debe cancelar la suma de


\$4,375.00














# SEGUIMIENTO



REPÚBLICA DE PANAMÁ  
GOBIERNO NACIONAL

S Solicitante Solicitante

 Bandeja de entrada  

N.Trámite:   Estado:   Trámite:   Fase:   Fecha de registro:     

| Estado                 | Fecha de Registro   | Solicitante             | N.Trámite      | Trámite                                     | Fase                 | Actividad                    |
|------------------------|---------------------|-------------------------|----------------|---|----------------------|------------------------------|
| <span>Pendiente</span> | 11/10/2023 09:54 AM | Solicitante Solicitante | 002090-DFDF-23 | Disposición Final de Desechos Farmacéuticos | Visto bueno del pago | Visto bueno a monto del pago |

# SERVICIO A PAGAR

Disposición Final de Desechos Farmacéuticos (002090-DFDF-23)

✓ SOLICITUD >> ✓ VISTO BUENO A MONTO DEL PAGO >> ✓ PAGO

**PAGO DEL TRÁMITE**

### Servicios a Pagar

| Nombre                | Cantidad | Precio     |
|-----------------------|----------|------------|
| Costo Total Variables | 1        | \$4,375.00 |

Total a Pagar: \$4,375.00

### Método de Pago

Seleccione su Método de Pago


- Recibo de Pago
- Pasarela de Pago
- Recibo de Pago

**SALIR** **CONTINUAR PAGO >**



# PAGO – PASARELA DE PAGO

Datos de Tarjeta ×



FULL NAME

CARD NUMBER

EXPIRY DATE

Cardholder Name

Card Number

MM/YY

**Guardar** Cancelar

**CANCELAR**




# PAGO – RECIBO DE PAGO

Datos del Recibo de Pago ✕

No. Recibo

Adjuntar Recibo de Pago

 **ADJUNTAR**

**GUARDAR** **CANCELAR**



# CONFIRMACIÓN DE FECHA POR EL USUARIO PARA INSPECCIÓN POR INVENTARIO (Sustancias Controladas)


VERIFICAR  
FECHA  
ASIGNADA DE  
INSPECCIÓN

Verificar Fecha Asignada de Inspección

Fecha Asignada  
12/10/2023



# CONFIRMACIÓN DE FECHA POR EL USUARIO PARA INSPECCIÓN DE DISPOSICIÓN FINAL

|  |   |
|--|---|
| VERIFICAR<br>FECHA<br>ASIGNADA DE<br>DISPOSICIÓN | <div data-bbox="1676 554 2425 605"><span>SALIR</span> <span>RECHAZAR</span> <span>GUARDAR Y SALIR</span> <span>ACEPTAR &gt;</span></div> <p data-bbox="387 665 945 701">Verificar Fecha Asignada de Disposición</p> <p data-bbox="387 762 1386 843">Fecha Asignada<br/>13/10/2023 </p> |
|--|---|




# CERTIFICADO DE DESTRUCCIÓN Y EVIDENCIA

SUBIR  
CERTIFICADO DE  
DESTRUCCIÓN Y  
EVIDENCIA

 VER SOLICITUD  SALIR  GUARDAR Y SALIR  ACEPTAR >

Subir Certificado de Destrucción y Evidencia

Certificado de Destrucción

 ADJUNTAR

Evidencia de Destrucción (1 obligatorio y máximo 5)

Descripción

Descargar

 AGREGAR

No se encontraron elementos

 VER SOLICITUD  SALIR  GUARDAR Y SALIR  ACEPTAR >



REPÚBLICA DE PANAMÁ  
— GOBIERNO NACIONAL —

MINISTERIO  
DE SALUD



# CONCLUSIÓN DEL TRÁMITE

Registro históricos de Trámites 🔄

N.Trámite  Estado: Todos  Trámite: Todos  Fase: Todas  Fecha de registro:

| Estado   | Fecha de Registro   | Solicitante                | N.Trámite      | Trámite  | Fase      | Actividad  |
|--|---------------------|----------------------------|----------------|--|-----------|--|
| Finalizado <input checked="" type="checkbox"/> | 11/10/2023 09:54 AM | Solicitante<br>Solicitante | 002090-DFDF-23 | Disposición Final de Desechos<br>Farmacéuticos | Solicitud | Subir Certificado de empresa<br>destructora <span>⋮</span> |

# CONTÁCTENOS

## 1. Provincia de Panamá (Sede):

Teléfono: **+507 512-9168**

Correo Electrónico: [inspeccionesfyd@minsa.gob.pa](mailto:inspeccionesfyd@minsa.gob.pa)

## 2. Provincias Centrales:

Teléfono: **+507 935-0316**

Correo Electrónico: [orvdnfd@minsa.gob.pa](mailto:orvdnfd@minsa.gob.pa)

## 3. Provincias de Chiriquí y Bocas del Toro:

Teléfono: **+507 728-0154**

Correo Electrónico: [fydchiriqui@minsa.gob.pa](mailto:fydchiriqui@minsa.gob.pa)

## 4. Provincia de Colón:

Teléfono: **+507 475-2060**



¡MUCHAS GRACIAS!

