

**GUÍA DE TRÁMITE**

Trámite	<b>Transformación Societaria de Droguerías</b>
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la transformación de una sociedad de una droguería.
Presentación	<b>La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.</b>
Responsable	Farmacéutica Irma Inés Mango. Jefa Departamento de Farmacia.
Email	<a href="mailto:deptofarmacia@mendoza.gov.ar">deptofarmacia@mendoza.gov.ar</a>
Teléfonos	0261-4234715 / 0261-4255062
Oficina	Rondeau 50, 2do Piso, Ciudad de Mendoza. CP: M5500CCB
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	<p>El nuevo propietario para efectuar una transformación de la sociedad de una droguería deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Completar Solicitud de Transformación Societaria – Droguería (ANEXO XXV B) con documentación completa, firmado y certificado por escribano público.</li><li>- Constancia de inscripción en AFIP, CUIT y denominación.</li><li>- Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según resolución N° 2899/2020.</li></ul> <p>Para el caso en que se presente junto a la transformación Societaria un Cambio de Dirección Técnica, se deberá iniciar expediente por separado (Solicitud ANEXO VII).</p> <p>Para el caso que con la Transformación Societaria se solicite Cambio de Nombre, el interesado deberá presentar Nota por separado firmada por la Persona Jurídica anterior, fotocopia de CUIT y se formará otro Expediente por el que se tramitará Cambio de Nombre.(ANEXO XXII)</p>
Arancel (Resol 2899/2020)	\$ 5.457.-
Solicitud	ANEXO XXV B – TRANSFORMACION SOCIETARIA – DROGUERÍA

REVISIÓN: 12-2020



## SOLICITUD DE TRANSFORMACION SOCIETARIA

### ANEXO XXV B - DROGUERIAS

Mendoza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.-

Sra. Jefa del  
 Departamento de Farmacia  
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes  
 Farmaceutica Irma Inés Mango  
 S\_\_\_\_\_/\_\_\_\_D

De conformidad a lo solicitado en el presente formulario, los datos consignados por los abajo firmantes, tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA DROGUERÍA: .....	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD ANTERIOR:  NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ANTERIOR ..... <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SCS CUALQUIERA DE LOS SOCIOS) ..... <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y Fotocopia) ..... <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL ..... <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL ..... <input type="checkbox"/> TELÉFONOS ..... <input type="checkbox"/> PROFESIÓN ..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4°	<p>DATOS DE LA PERSONA JURIDICA NUEVA:</p> <p>NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA          ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA          (SRL - SOCIO GERENTE / SCS CUALQUIERA DE LOS SOCIOS)          ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y Fotocopia)          ..... <input type="checkbox"/></p> <p>DOMICILIO REAL          ..... <input type="checkbox"/></p> <p>DOMICILIO LEGAL          ..... <input type="checkbox"/></p> <p>TELÉFONOS          ..... <input type="checkbox"/></p> <p>PROFESIÓN          ..... <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
5°	<p>CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN DE LA PERONA JURÍDICA (Fotocopia).</p>	<input type="checkbox"/>
6°	<p>CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA FISICA / RAZON SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). EXCLUYENTE.</p>	<input type="checkbox"/>
7°	<p><b>S.A.:</b> COPIA DEL CONTRATO DE TRANSFORMACION SOCIETARIA Y ÚLTIMA ACTA DE DIRECTORIO (NOMBRAMIENTO DE AUTORIDADES), INSCRIPTO EN LA DIRECCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO.  <b>S.R.L.:</b> COPIA DEL CONTRATO DE TRANSFORMACION SOCIETARIA Y ACTA SOCIAL CON DESIGNACION SOCIO/S GERENTE/S, INSCRIPTO EN LA DIRECCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO.</p>	<input type="checkbox"/>
8°	<p>DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL (SA-PRESIDENTE / SRL-SOCIO GERENTE / OTRO) O APODERADO DE LA PERSONA JURÍDICA (Art. 6° Inciso c) Decreto N° 2076/19, SRL EN CASO DE MODIFICACIÓN: INSCRIPCIÓN DE DERECHOS Y ACCIONES INSCRIPTA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO).</p>	<input type="checkbox"/>
9°	<p>CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FISICA/JURÍDICA NO SE ENCUENTRA CONCURSADA NI FALLIDA. (Art.6° Inc. c) y d) Dto .N° 2076/19).</p>	<input type="checkbox"/>
10°	<p>CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE QUE EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA NO SE ENCUENTRA CONCURSADO NI FALLIDO. (Art.6° Inc. c) Dto. N° 2076/19).</p>	<input type="checkbox"/>
11°	<p>CERTIFICADO EMITIDO POR EL REGISTRO DE INHIBICIONES DEL REGISTRO PÚBLICO Y ARCHIVO JUDICIAL DE MENDOZA QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FISICA O LA PERSONA JURIDICA Y EL REPRESENTANTE LEGAL, NO SE ENCUENTREN INHIBIDOS PARA EJERCER ACTOS DE COMERCIO. (Art.6° Inc. c) y d) Dto. N° 2076/19).</p>	<input type="checkbox"/>
12°	<p>CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES DE LA PERSONA FISICA Y/O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA, EMITIDO POR EL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION (RENAPER) (Art.6° Inc. c) y d) Dto. N° 2076/19)          VALIDEZ DEL CERTIFICADO: CINCO (5) DIAS A PARTIR DE LA EMISION DEL MISMO (Art. 6° Decreto N° 2004/80 Reglamentario de la Ley 22117).</p>	<input type="checkbox"/>



13°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: ..... ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia):..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO: .....	<input type="checkbox"/>
14°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): ..... HORARIO: ..... NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: ..... ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): ..... HORARIO: .....	<input type="checkbox"/>
15°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)  FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16°	ARANCEL POR TRANSFORMACION DE FONDO DE COMERCIO, RESOLUCIÓN N°2899/2020.	<input type="checkbox"/>
17°	SOLICITUD DE DE TRANSFORMACION SOCIETARIA SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO, Y POR EL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	

**“LA TRANSFORMACION SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”**

.....  
 S.A. – PRESIDENTE  
 SRL - SOCIO GERENTE  
 OTRO  
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....  
 S.A. – PRESIDENTE  
 SRL - SOCIO GERENTE  
 OTRO  
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....  
 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO