

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Habilitación de Farmacias
Descripción	Requisitos para la Habilitación de una Farmacia. Documentación que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley Nº 7303, Decreto Reglamentario Nº 355/09, Nº 2076/19 y Resolución Nº 3586/09.
Presentación	La solicitud se presenta por correo electrónico al mail deptofarmacia@mendoza.gov.ar escaneada, legible y en formato PDF.
Responsable	Farmacéutica Patricia Moreno. Jefa Departamento de Farmacia.
Email	deptofarmacia@mendoza.gov.ar
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>Las prioridades de habilitación se evaluarán previo a ser otorgadas según lo establecido en los Art. 1º, 2º, 3º Ley 7303, Art. 2º, 3º, 4º Decreto 2076/19 y Art. 1º, 2, y 3º Resolución 3586/09.</p> <p>1- Cuando la relación farmacias existentes/cantidad de habitantes del Distrito permita habilitar una farmacia.</p> <p>El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1- Nota firmada, solicitando pedido de FACTIBILIDAD, para efectuar la habilitación de una farmacia, indicará el nombre de la farmacia y datos del propietario, informar si se trata de un local en construcción o no. 1.2- Certificado de densidad poblacional emitido por la Dirección de Estadística e Investigaciones Económicas de la Provincia de Mendoza (DEIE) según los datos del último censo. (Art. 2º Decreto Nº 2076/19). 1.3- Certificado de distancia desde el local propuesto hasta las Farmacias más cercanas emitido por el Organismo Municipal que corresponda y de acuerdo con exigencia de Resolución Nº 3586/09 y Art. 3º Decreto Nº 2076/19. 1.4- Croquis del local con distribución de áreas, aclarando la ubicación geográfica, dimensiones y superficie cubierta total y firmado por el solicitante. 1.5- Constancia de Nº de CUIT/CUIL del Propietario. 1.6- Constancia de Contribuyente Local del propietario o de la razón social del establecimiento. <p>2- Cuando la relación farmacias existentes/cantidad de habitantes del Distrito NO permita habilitar una farmacia.</p> <p>El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1- Nota firmada, solicitando pedido de FACTIBILIDAD, para efectuar la habilitación de una farmacia, indicará el nombre de la farmacia y datos del propietario, informar si se trata de un local en construcción o no. 2.2- El Departamento de Farmacia solicitará a la Dirección de Estadística e Investigaciones Económicas de la Provincia de Mendoza (DEIE), un informe con la

	<p>estimación demográfica del Distrito, a fin de verificar el cumplimiento de dicha relación. (Art. 2º Decreto Nº 2076/19).</p> <p>2.3- En caso que la proyección poblacional informada por la DEIE permita la habilitación de una farmacia en los términos del Art. 2º Decreto 2076/19, el interesado será notificado para seguir el trámite de acuerdo a los puntos 1.3 al 1.6 del Párrafo 1.</p> <p>3- Notificación</p> <p>Evaluada la documentación de los puntos 1 y 2, el Departamento de Farmacia notificará al interesado de manera fehaciente, respecto a la Factibilidad o No para la habilitación de la farmacia y en su caso otorgará el plazo, según se trate de un local construido (noventa (90) días corridos) o en construcción de nuevo local (doce (12) meses), contado a partir de la fecha de presentación de la documentación. (Resolución Nº 3586/09)</p> <p>El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: - Solicitud de Habilitación de Farmacias (ANEXO I) perfectamente llena y con la documentación completa.</p>
Finalización del trámite.	El trámite de habilitación concluye con la presentación de constancias de vales oficiales y facturas de adquisición de morfina y fenobarbital Art. 15º Inc. d) Decreto 2076/19.
Arancel Resol Nº2899/2020	\$24.255.
Solicitud	ANEXO I: “SOLICITUD DE HABILITACION DE FARMACIAS” “LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y SU CORRESPONDIENTE NOTIFICACIÓN”

REVISIÓN: 02-2022

SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE FARMACIAS ANEXO I

Mendoza, ____ / ____ / ____.-

Sra. Jefa
 Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes.
 Farmacéutica Patricia Moreno
 S ____ / ____ D

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

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA:	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/> TIPO y NUMERO DE DOCUMENTO (adjuntar copia en formato PDF) <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°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN,	<input type="checkbox"/>
5°	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA FISICA / RAZON SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). EXCLUYENTE.	<input type="checkbox"/>
6°	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PUBLICO, EL QUE DEBE INCLUIR LA INSTALACION DE UNA FARMACIA COMO OBJETO SOCIAL Y ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7º Ley 19550 y Art. 6º Inc. c) Decreto Nº 2076/19). ACREDITAR PERSONERIA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA.	<input type="checkbox"/>

7°	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).	<input type="checkbox"/>
8°	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).	<input type="checkbox"/>
9°	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).	<input type="checkbox"/>
10°	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).	<input type="checkbox"/>
11°	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
12°	DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art.6° Inc. e) Dto. N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
13°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
14°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p>14.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p>14.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto 2076/19). <input type="checkbox"/></p> <p>NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NI PREPARAR MEDICAMENTOS OFICIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p>14.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO</p> <p>14.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decr. N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.6 DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA (Art.16°, Dto. N° 2076/19). <input type="checkbox"/></p> <p>UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA HORARIA ANEXO XII, A-B</p>	<input type="checkbox"/>
15°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): DOMICILIO: TELÉFONOS:</p> <p>HORARIO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO: </p>	<input type="checkbox"/>

15°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): HORARIO:	
16°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17°	RÓTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO (Art. 28° Ley N° 17565 y Art 28° Decreto N° 3857/69)	<input type="checkbox"/>
18°	ARANCEL POR HABILITACIÓN, RESOLUCIÓN N°2899/2020.	<input type="checkbox"/>

IMPORTANTE: La solicitud de habilitación debe ser suscripta en forma conjunta por el propietario de la farmacia, el farmacéutico director técnico, farmacéuticos auxiliares (último párrafo Art.6° Dto. N°2076/19). Las firmas junto a su aclaración deben estar certificadas ante escribano público.

“LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y SU CORRESPONDIENTE NOTIFICACIÓN.”

.....
 FIRMA Y ACLARACION DEL PROPIETARIO/
 REPRESENTANTE LEGAL DE LA RAZON SOCIAL

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....
 FIRMA Y ACLARACION FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1

.....
 FIRMA Y ACLARACION FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2