

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Habilitación de Farmacias
Descripción	Requisitos para la Habilitación de una Farmacia. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley N° 7303, Decreto Reglamentario N° 355/09, N° 2076/19 y Resolución N° 3586/09.
Presentación	La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.
Responsable	Farm. Irma Inés Mango. 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	1- Cuando la relación farmacias existentes/cantidad de habitantes del Distrito permita habilitar una farmacia. El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: 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 N° 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 a exigencia de Resolución N° 3586/09 y Art. 3º Decreto N°2076/19. 1.4- Croquis o plano del local con distribución de áreas, aclarando la ubicación geográfica y propiedad. 1.5- Constancia de N° 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> <p>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.</p> <p>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 estimación demográfica del Distrito, a fin de verificar el cumplimiento de dicha relación. (Art. 2º Decreto Nº 2076/19).</p> <p>2.3- El Departamento de Farmacia notificará por Acta al interesado el informe de la Dirección de Estadística e Investigaciones Económicas de la Provincia de Mendoza (DEIE), respecto a si hay lugar o no en el Distrito para la habilitación de una Farmacia. En caso afirmativo el interesado deberá cumplimentar los puntos 1.3 al 1.6 del Párrafo 1.</p> <p>Evaluada la situación de los puntos 1 y 2, el Departamento de Farmacia notificará al interesado por ACTA, de la Factibilidad o No para la habilitación de la farmacia y del vencimiento de los plazos a otorgar, según se trate de un local construido noventa (90) días corridos o de construcción de nuevo local doce (12) meses.</p> <p>Se entregará en el caso que correspondiera “Solicitud de Habilitación de Farmacias ANEXO I ”, donde el interesado deberá presentar dicha Solicitud de Habilitación de Farmacias, dentro de los plazos otorgados, <u>con documentación completa, firmas certificadas y abonado el arancel correspondiente según Resol Nº2899/2020.</u></p>
<p>Arancel Resol Nº2899/2020</p>	<p>\$24.255.</p>
<p>Solicitud</p>	<p>ANEXO I “SOLICITUD DE HABILITACION DE FARMACIAS”</p> <p>“LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”</p>

REVISIÓN: 01-2021

SOLICITUD DE HABILITACION DE FARMACIAS ANEXO I

Mendoza, ____/____/____.-

Sra. Jefa del
 Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
 Farm. 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 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 (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°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia).	<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).</p> <p>UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA HORARIA ANEXO XII, A-B <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
15°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO:</p> <p>.....</p> <p>NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia):</p> <p>DNI: (Original y Fotocopia)</p> <p>DOMICILIO:</p> <p>TELÉFONOS:</p>	<input type="checkbox"/>

	HORARIO DEL FARMACÉUTICO NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia) HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia) HORARIO:	
16°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17°	ROTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
18°	ARANCEL POR HABILITACION, RESOLUCION N°2899/2020	<input type="checkbox"/>
19°	SOLICITUD DE HABILITACION SUSCRITA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO, FARMACEUTICOS AUXILIARES Y POR EL PROPIETARIO DE LA FARMACIA. (último párrafo Art.6° Dto.N° 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>

LA HABILITACION SE HARA EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL.

.....
 FIRMA DEL PROPIETARIO
 SRL - SOCIO GERENTE
 SCS-UNO DE LOS SOCIOS
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....
 FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1

.....
 FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2