

## GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	<b>Traslado de Farmacia</b>
Descripción	Requisitos para el Traslado de una Farmacia. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función de lo dispuesto por Decreto N° 2076/19. modificatorio del Art. 5° Decreto Reglamentario N° 355/09 y Resolución N° 3586/09.
Presentación	<b>La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.</b>
Responsable	Farm. 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 interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:</p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>1.1-</b>Nota firmada, solicitando pedido de FACTIBILIDAD, para efectuar el traslado de una farmacia, indicando la propiedad de la farmacia, <b>informar si se trata de un local en construcción o no.</b></li><li><b>1.2-</b><u>Certificado de distancia</u> emitido por el Organismo Municipal que corresponda, teniendo en cuenta las distancias desde el local actual de la farmacia al nuevo local de traslado dentro de la misma sección y/o distrito, cuya medición deberá efectuarse de acuerdo a exigencia de Resolución N°3586/09 y Decreto N° 2076/19.</li><li><b>1.3-</b><u>Certificado de distancia</u> 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 Decreto N° 2076/19.</li><li><b>1.4-</b>Croquis o plano del local con distribución de áreas, aclarando la ubicación geográfica y propiedad.</li><li><b>1.5-</b>Constancia de N° de CUIT de la Razón Social Propietaria de la Farmacia.</li><li><b>1.6-</b>Constancia de Contribuyente Local de la Razón Social Propietaria de la Farmacia.</li></ol>

	<p>2- El Departamento de Farmacia notificará al interesado por ACTA, de la <b>Factibilidad o No</b>, para el Traslado 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 “Solicitud de Traslado de Farmacias <u>ANEXO VI</u>” si corresponde.</p> <p>El interesado deberá presentar “Solicitud de Traslado de Farmacias <u>ANEXO VI</u>” dentro de los plazos otorgados, <b><u>con documentación completa, firmas certificadas y abonado el arancel correspondiente según Resol Nº 2899/2020.</u></b></p>
Arancel Resol Nº 2899/2020	\$5457.-
Solicitud	<p><b>ANEXO VI “SOLICITUD DE TRASLADO DE FARMACIA”</b></p> <p><b>“EL TRASLADO SE HARÁ EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”</b></p>

REVISIÓN: 01-2021

## SOLICITUD DE TRASLADO DE FARMACIA ANEXO XI

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.

1º	NOMBRE DE LA FARMACIA: .....	<input type="checkbox"/>
2º	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"/>
3º	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA / PERSONA JURIDICA: .....	<input type="checkbox"/>
4º	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia).	<input type="checkbox"/>
5º	NUEVO DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO: ..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
6º	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6º inc. f) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
7º	DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art 6º inc. e) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>

8°	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"/>
9°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO ACTUAL:</p> <p><b>a) CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p>PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p><b>b) SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto N° 2076/19).</b> <input type="checkbox"/></p> <p>NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p><b>c) CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>d) CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>e) CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>f) DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA.</b> (Art.16°, Dto. N° 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXO XII, A-B) <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
10°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO EN NUEVO LOCAL:</p> <p><b>a) CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p>PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p><b>b) SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto N° 2076/19).</b> <input type="checkbox"/></p> <p>NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p><b>c) CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>d) CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>e) CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>f) DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA.</b> (Art.16°, Dto. N° 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXO XII, A-B) <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
11°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO:          .....</p> <p>NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y fotocopia) .....</p> <p>NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): .....</p> <p>DOMICILIO: .....</p> <p>TELÉFONOS: .....</p>	<input type="checkbox"/>
12°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1:          .....</p> <p>NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y fotocopia) .....</p>	<input type="checkbox"/>



	NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y fotocopia): .....  NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y fotocopia): ..... NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y fotocopia) .....	
13°	ANTIGÜEDAD DESDE LA HABILITACION DE LA FARMACIA: .....AÑOS. RESOLUCION N° .....AÑO:.....(Adjuntar copia de Resolución de Habilitación)	<input type="checkbox"/>
14°	ARANCEL POR TRASLADO, RESOLUCIÓN N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>

**EL TRASLADO SE HARA EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL.**

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

.....  
 FIRMA DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 01-2021