

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	<p><u>DECLARACIONES JURADAS:</u></p> <p>ANEXO XII A: Declaración Jurada de horarios de atención al público de la Farmacia.</p> <p>ANEXO XII B: Declaración Jurada modificación del personal Farmacéutico Adscripto.</p> <p>ANEXO XII C: Solicitud para la Autorización de extensión horaria las 24 hs, los 365 días del año y turnos voluntarios.</p>
Descripción	<p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para indicar el horario de atención de la Farmacia.</p> <p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la incorporación y/o modificación del Personal de Farmacia cuando se produce una extensión horaria en la atención al público de la Farmacia.</p> <p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia cuando se opta por la modalidad de Turnos Voluntarios.</p>
Presentación	La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.
Responsable	Farmacéutica 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	<p>El interesado deberá completar:</p> <p>1- Declaración Jurada adjunta (ANEXO XII A -B -C).</p> <p>2- En caso que la Farmacia posea personal Farmacéutico Adscripto deberá presentar solicitud (ANEXO XII B) firmada por el Director Técnico, Propietario y el o los Farmacéuticos Adscriptos, indicando los horarios que cumplirán cada uno.</p> <p>3- En caso de producirse altas y bajas de Farmacéuticos Adscriptos, estas deben notificarse en forma fehaciente en el Departamento de Farmacia (Artículo 31º último párrafo, Decreto N° 355/09).</p> <p>4- La Declaración Jurada de horarios deberá presentarse en forma obligatoria anualmente en el mes de Abril (Artículo 16º Decreto N° 2076/19).</p>
Arancel Resol. N° 2899/2020	<p>ANEXO XII A \$2.729</p> <p>ANEXO XII B SIN ARANCEL</p> <p>ANEXO XII C \$2.729</p>
Solicitud	<p>ANEXO XII A- B- C</p> <p>SE LES RECUERDA A LOS SEÑORES PROPIETARIOS Y/O PROFESIONALES, LA VIGENCIA DEL ART. 16º DECRETO N° 2076/19 "DE LOS HORARIOS DE LAS FARMACIAS"</p>

DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS DE ATENCION AL PUBLICO DE LA FARMACIA

ANEXO XII A

Mendoza, ____/____/____.-

Sra. Jefa del
 Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
 Farmacéutica 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°	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA:	<input type="checkbox"/>
4°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	<input type="checkbox"/>
5°	<p>REGIMEN HORARIO: 8 HORAS DIARIAS MINIMAS DE LUNES A VIERNES , DISTRIBUIDAS EN HORARIOS DE MAÑANA Y TARDE Y EL SABADO 4 HORAS MINIMAS.</p> <p>LUNES A VIERNES DE.....HS A.....HS (MAÑANA) Y DE.....HS A.....HS (TARDE) SABADO DE.....HS AHS</p> <p><u>TURNOS VOLUNTARIOS</u></p> <p>LAS FARMACIAS PODRAN ELEGIR EL HORARIO A CUMPLIR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LAS 24 HS LOS 365 DIAS DEL AÑO. <input type="checkbox"/> • DE 9 A 24 HS LOS 365 DIAS DEL AÑO. <input type="checkbox"/> • DENTRO DE LA FRANJA HORARIA DE 9 A 22 HS , <input type="checkbox"/> <p>DE LUNES A DOMINGO Y FERIADOS.</p> <p>LUNES A VIERNES DEHS A..... HS (MAÑANA) Y DE..... HS A.....HS (TARDE) SABADO DE..... HS A..... HS (MAÑANA) Y DE..... HS A.....HS (TARDE) DOMINGO DE..... HS A..... HS (MAÑANA) Y DE..... HS A.....HS (TARDE) FERIADOS DE..... HS A..... HS (MAÑANA) Y DE..... HS A.....HS (TARDE)</p>	<input type="checkbox"/>



6°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	<input type="checkbox"/>
	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	
	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 3: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia):..... DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	
	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 4: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19)	
7°	ARANCEL SEGÚN RESOLUCION N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>

SE LES RECUERDA A LOS SEÑORES PROPIETARIOS Y/O PROFESIONALES, LA VIGENCIA DEL ART. 16° DECRETO N° 2076/19 “DE LOS HORARIOS DE LAS FARMACIAS”

-
 FIRMA DEL PROPIETARIO
 S.A. - PRESIDENTE
 SRL - SOCIO GERENTE
 SC- SOCIO DESIGNADO
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 3

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 4

REVISIÓN: 01-2021

DECLARACIÓN JURADA DE ADSCRIPCIÓN: MODIFICACION DEL PERSONAL FARMACEUTICO ADSCRIPTO

ANEXO XII B

Mendoza, ____/____/____.-

Sra. Jefa del
 Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
 Farmacéutica 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 DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SA - PRESIDENTE/ SRL - SOCIO GERENTE / SC – SOCIO DESIGNADO) D.N.I (Original y Fotocopia).....	<input type="checkbox"/>
3º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO: D.N.I (Original y Fotocopia)..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO (Art.16º Decreto N° 2076/19):	<input type="checkbox"/>
4º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO : D.N.I (Original y Fotocopia)..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16º Decreto N° 2076/19):	<input type="checkbox"/>

.....

.....

- FIRMA DEL PROPIETARIO
- SRL - SOCIO GERENTE
- SCS- SOCIO DESIGNADO
- (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

FIRMA FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO

SOLICITUD PARA LA AUTORIZACION DE EXTENSION HORARIA, LAS 24 HS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO Y TURNOS VOLUNTARIO .

ANEXO XII C

Mendoza, ____/____/____.-

Sra. Jefa del
 Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
 Farmacéutica 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°	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA:	<input type="checkbox"/>
4°	OPCIÓN POR REGIMEN DE TURNO VOLUNTARIO: <ul style="list-style-type: none"> • LAS 24 HS LOS 365 DIAS DEL AÑO <input type="checkbox"/> • DE 9 A 24 HS LOS 365 DIAS DEL AÑO <input type="checkbox"/> • DENTRO DE LA FRANJA HORARIA DE 9 A 22 HS , DE LUNES A DOMINGO Y FERIADOS LAS FARMACIAS PODRAN ELEGIR EL HORARIO A CUMPLIR <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	<input type="checkbox"/>
6°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19): NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	<input type="checkbox"/>

7°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 3: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia):..... DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19): NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 4: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	<input type="checkbox"/>																																																										
8°	DÍAS Y HORARIOS EN QUE PERMANECERÁ ABIERTA LA FARMACIA: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="3" style="text-align: center;">MAÑANA</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">TARDE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LUNES A VIERNES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> <td>DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>SABADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> <td>DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>DOMINGO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> <td>DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>FERIADOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> <td>DE</td> <td>.....</td> <td>A</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2">LOS 365 DÍAS DEL AÑO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="7"></td> </tr> </tbody> </table>			MAÑANA			TARDE			LUNES A VIERNES	<input type="checkbox"/>	DE	A	DE	A	SABADO	<input type="checkbox"/>	DE	A	DE	A	DOMINGO	<input type="checkbox"/>	DE	A	DE	A	FERIADOS	<input type="checkbox"/>	DE	A	DE	A	LOS 365 DÍAS DEL AÑO		<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
		MAÑANA			TARDE																																																							
LUNES A VIERNES	<input type="checkbox"/>	DE	A	DE	A																																																			
SABADO	<input type="checkbox"/>	DE	A	DE	A																																																			
DOMINGO	<input type="checkbox"/>	DE	A	DE	A																																																			
FERIADOS	<input type="checkbox"/>	DE	A	DE	A																																																			
LOS 365 DÍAS DEL AÑO		<input type="checkbox"/>																																																										
9°	ARANCEL POR RESOLUCION N° 2899/ 2020	<input type="checkbox"/>																																																										

“LA AUTORIZACIÓN TURNOS EXTENDIDOS LAS 24 HS. LOS 365 DÍAS DEL AÑO SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA DISPOSICIÓN DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FARMACOLOGÍA Y NORMATIZACIÓN DE DROGAS, MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS”

SE LES RECUERDA A LOS SEÑORES PROPIETARIOS Y/O PROFESIONALES, LA VIGENCIA DEL ART. 16° DECRETO N°2076/19, “DE LOS HORARIOS DE LAS FARMACIAS”

.....
 FIRMA DEL PROPIETARIO
 S.A. - PRESIDENTE
 SRL - SOCIO GERENTE
 SC- SOCIO DESIGNADO
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 3

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 4