

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	<p><u>Certificados:</u></p> <p>A-Certificado de Actuación Profesional.</p> <p>B-Certificado de Libre Regencia.</p> <p>C-Certificado de Trámites en Curso.</p> <p>D-Certificado de Vigencia de Habilitación y Funcionamiento del Establecimiento. Libre Sanción del Establecimiento y del Profesional.</p> <p>E-Certificación de copia de Resolución Ministerial de Habilitación y/o Copia de Plano del Establecimiento.</p>								
Descripción	<p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Certificado de Actuación Profesional. Anexo XVII A</p> <p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Certificado de Libre Regencia. Anexo XVII B</p> <p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Certificado de Trámites en Curso. Anexo XVII C</p> <p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Certificado de Vigencia de Habilitación y Funcionamiento del Establecimiento. Libre Sanción del Establecimiento y del Profesional. Anexo XVII D</p> <p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Certificación de copia de Resolución Ministerial de Habilitación y/o copia de Plano del Establecimiento . Anexo XVII E</p>								
Responsable	<p>Farmacéutica Irma Inés Mango.</p> <p>Jefa Departamento de Farmacia.</p>								
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	El interesado deberá presentar ANEXO XVII solicitando el certificado correspondiente (A, B, C, D, E). Original y copia.								
Arancel Resol. N°2899/2020	<table> <tr> <td>A- Certificados de Actuación Profesional.</td> <td>\$152.-</td> </tr> <tr> <td>B- Certificado de Libre Regencia.</td> <td>\$152.-</td> </tr> <tr> <td>C- Certificación de trámites en curso.</td> <td>\$152.-</td> </tr> <tr> <td>D- Certificado de Vigencia de Habilitación y Funcionamiento del Establecimiento Libre Sancion del Establecimiento y del Profesional.</td> <td>\$152.-</td> </tr> </table>	A- Certificados de Actuación Profesional.	\$152.-	B- Certificado de Libre Regencia.	\$152.-	C- Certificación de trámites en curso.	\$152.-	D- Certificado de Vigencia de Habilitación y Funcionamiento del Establecimiento Libre Sancion del Establecimiento y del Profesional.	\$152.-
A- Certificados de Actuación Profesional.	\$152.-								
B- Certificado de Libre Regencia.	\$152.-								
C- Certificación de trámites en curso.	\$152.-								
D- Certificado de Vigencia de Habilitación y Funcionamiento del Establecimiento Libre Sancion del Establecimiento y del Profesional.	\$152.-								

	E- Certificación de copia de Resolución Ministerial de Habilitación y/o Copia de Plano del Establecimiento.	\$ 152.-
Observaciones	La entrega del certificado se realizará 48 horas después de presentada la nota de solicitud ANEXO XVII (A, B, C, D, E según corresponda) en el Departamento de Farmacia. Todos los certificados tienen una vigencia de 30 días corridos.	
Solicitud	<ul style="list-style-type: none"> • Certificados de Actuación Profesional. ANEXO XVII A • Certificado de Libre Regencia. ANEXO XVII B • Certificado de Trámites en Curso. ANEXO XVII C • Certificado de Vigencia de Habilitación y Funcionamiento del Establecimiento Libre Sancion del Establecimiento y del Profesional. ANEXO XVII D • Certificación de copia de Resolución Ministerial de Habilitación y/o Copia de Plano del Establecimiento. ANEXO XVII E 	

REVISIÓN: 01-2021

SOLICITUD CERTIFICADO ACTUACIÓN PROFESIONAL

ANEXO XVII 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 el abajo firmante, tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA/ DROGUERIA:	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO DISTRITO O SECCION:..... DEPARTAMENTO:..... TELEFONO:..... CORREO ELECTRONICO:.....	<input type="checkbox"/>
3°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia)..... DOMICILIO: TELÉFONOS:	<input type="checkbox"/>
4°	SOLICITO CERTIFICADO DE ACTUACIÓN PROFESIONAL PARA SER PRESENTADO ANTE LAS AUTORIDADES DE: PARA TRÁMITE DE: EXPEDIENTE N°	<input type="checkbox"/>
5°	ARANCEL SEGÚN RESOLUCIÓN N° 2899/2020.	<input type="checkbox"/>

IMPORTANTE: LA ENTREGA DEL CERTIFICADO SE REALIZARÁ 48 HORAS DESPUÉS DE PRESENTADA LA NOTA DE SOLICITUD (ANEXO XVII A) EN EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA. LA CONFECCION DEL CERTIFICADO QUEDA SUPEDITADO AL ESTADO DE LA FICHA PERSONAL DEL PROFESIONAL SOLICITANTE EN ESTE DEPARTAMENTO QUE DEBERÁ ESTAR COMPLETA EN SU TOTALIDAD.

.....
 FIRMA PROPIETARIO

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO

SOLICITUD CERTIFICADO LIBRE REGENCIA

ANEXO XVII 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 el abajo firmante, tienen carácter de Declaración Jurada.

1º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO: NÚMERO DE MATRÍCULA DOMICILIO: TELÉFONOS: CORREO ELECTRONICO:.....	<input type="checkbox"/>
2ª	SOLICITO CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA PARA SER PRESENTADO ANTE LAS AUTORIDADES DE: PARA TRÁMITE DE: EXPEDIENTE N°.....	<input type="checkbox"/>
3º	ARANCEL SEGÚN RESOLUCIÓN N° 2899/2020.	<input type="checkbox"/>

IMPORTANTE: LA ENTREGA DEL CERTIFICADO SE REALIZARÁ 48 HORAS DESPUÉS DE PRESENTADA LA NOTA DE SOLICITUD (ANEXO XVII B) EN EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA. LA CONFECCION DEL CERTIFICADO QUEDA SUPEDITADO AL ESTADO DE LA FICHA PERSONAL DEL PROFESIONAL SOLICITANTE EN ESTE DEPARTAMENTO QUE DEBERÁ ESTAR COMPLETA EN SU TOTALIDAD.

.....
FIRMA FARMACEUTICO

Revisión: 01-2021

SOLICITUD CERTIFICADO TRAMITE EN CURSO

ANEXO XVII C

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 el abajo firmante, tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA/ DROGUERIA:	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO DISTRITO O SECCION:..... DEPARTAMENTO:..... TELEFONO:..... CORREO ELECTRONICO:.....	<input type="checkbox"/>
3°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia)..... DOMICILIO: TELÉFONOS:	<input type="checkbox"/>
4°	SOLICITO CERTIFICADO DE TRAMITE EN CURSO PARA SER PRESENTADO ANTE LAS AUTORIDADES DE: PARA TRÁMITE DE: EXPEDIENTE N°.....	<input type="checkbox"/>
5°	ARANCEL SEGÚN RESOLUCIÓN N° 2899/2020.	<input type="checkbox"/>

IMPORTANTE: LA ENTREGA DEL CERTIFICADO SE REALIZARÁ 48 HORAS DESPUÉS DE PRESENTADA LA NOTA DE SOLICITUD (ANEXO XVII C) EN EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA. LA CONFECCION DEL CERTIFICADO QUEDA SUPEDITADO AL ESTADO DE LA FICHA PERSONAL DEL PROFESIONAL SOLICITANTE EN ESTE DEPARTAMENTO QUE DEBERÁ ESTAR COMPLETA EN SU TOTALIDAD.

.....
 FIRMA PROPIETARIO

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO

Revisión: 01-2021



**SOLICITUD CERTIFICADO DE VIGENCIA DE HABILITACION Y
 FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO
 LIBRE SANCION DEL ESTABLECIMIENTO Y DEL PROFESIONAL.**

ANEXO XVII D

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 el abajo firmante, tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA/ DROGUERIA:	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO DISTRITO O SECCION:..... DEPARTAMENTO:..... . TELEFONO:..... CORREO ELECTRONICO:.....	<input type="checkbox"/>
3°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia)..... DOMICILIO: TELÉFONOS:	<input type="checkbox"/>
4°	SOLICITO CERTIFICADO DE HABILITACION Y FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO Y LIBRE SANCIÓN DEL PROFESIONAL SE ENCUENTRA HABILITADO Y EN FUNCIONAMIENTO, PARA SER PRESENTADO ANTE LAS AUTORIDADES DE: PARA TRÁMITE DE:	<input type="checkbox"/>
5°	ARANCEL SEGÚN RESOLUCIÓN N° 2899/2020.	<input type="checkbox"/>

IMPORTANTE: LA ENTREGA DEL CERTIFICADO SE REALIZARÁ 48 HORAS DESPUÉS DE PRESENTADA LA NOTA DE SOLICITUD (ANEXO XVII D). EN EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA. LA CONFECCION DEL CERTIFICADO QUEDA SUPEDITADO AL ESTADO DE LA FICHA PERSONAL DEL PROFESIONAL SOLICITANTE EN ESTE DEPARTAMENTO QUE DEBERÁ ESTAR COMPLETA EN SU TOTALIDAD.

.....
 FIRMA PROPIETARIO

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO

Revisión: 01-2021

CERTIFICACION DE COPIA DE RESOLUCION MINISTERIAL DE HABILITACION Y/O COPIA DE PLANO DEL ESTABLECIMIENTO.

ANEXO XVII E

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 el abajo firmante, tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA/ DROGUERIA:	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO DISTRITO O SECCION:..... DEPARTAMENTO:..... TELEFONO:..... CORREO ELECTRONICO:.....	<input type="checkbox"/>
3°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia)..... DOMICILIO: TELÉFONOS:	<input type="checkbox"/>
4°	SOLICITO: COPIA DE RESOLUCION MINISTERIAL DE HABILITACION COPIAS DE PLANOS DEL ESTABLECIMIENTO. PARA SER PRESENTADO ANTE LAS AUTORIDADES DE: PARA TRÁMITE DE: EXPEDIENTE N°.....	<input type="checkbox"/>
5°	ARANCEL SEGÚN RESOLUCIÓN N° 2899/2020.	<input type="checkbox"/>

IMPORTANTE: LA ENTREGA DE DOCUMENTACION SE REALIZARÁ 48 HORAS DESPUÉS DE PRESENTADA LA NOTA DE SOLICITUD (ANEXO XVII E) EN EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA. LA CONFECCION DEL CERTIFICADO QUEDA SUPEDITADO AL ESTADO DE LA FICHA PERSONAL DEL PROFESIONAL SOLICITANTE EN ESTE DEPARTAMENTO QUE DEBERÁ ESTAR COMPLETA EN SU TOTALIDAD.

.....
FIRMA PROPIETARIO

.....
FIRMA FARMACÉUTICO