

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Habilitación Servicio de Farmacia
Descripción	Requisitos para la Habilitación de un Servicio de Farmacia. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley N° 7303, Decreto Reglamentario N° 355/09 y N° 2076/19.
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	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: - Solicitud de Habilitación de Servicio de Farmacia (ANEXO II) perfectamente llena y con la documentación completa. - Nota indicando convenios con instituciones si corresponde. - CUIT del interesado. - Abonar arancel si corresponde según Resol N° 2899/2020.
Arancel Resol N° 2899/2020	\$12.127.-
Solicitud	ANEXO II "SOLICITUD DE HABILITACION DE SERVICIO DE FARMACIA" "LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y SU CORRESPONDIENTE NOTIFICACIÓN."

REVISIÓN: 02-2022

7°	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PUBLICO, EL QUE DEBE INCLUIR LA INSTALACION DE UN SERVICIO DE FARMACIA COMO OBJETO SOCIAL Y ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7° Ley Nº 19550 y Art. 6° Inc. c) Decreto Nº 2076/19). ACREDITAR PERSONERIA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA (S.A.: ÚLTIMA ACTA DE DIRECTORIO – SRL: SOCIO GERENTE- SOCIEDAD COLECTIVA: SOCIO DESIGNADO).	<input type="checkbox"/>
8°	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. Nº 2076/19)	<input type="checkbox"/>
9°	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. Nº 2076/19).	<input type="checkbox"/>
10°	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. Nº 2076/19).	<input type="checkbox"/>
11°	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. Nº 2076/19) VALIDEZ DEL CERTIFICADO: CINCO (5) DÍAS A PARTIR DE LA EMISION DEL MISMO (Art. 6° Decreto Nº 2004/80 Reglamentario de la Ley Nº 22117).	<input type="checkbox"/>
12°	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. Nº 2076/19)	<input type="checkbox"/>
13°	DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art.6° Inc. e) Dto. Nº 2076/19)	<input type="checkbox"/>
14°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto Nº 2076/19)	<input type="checkbox"/>
15°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE / DIRECTOR TÉCNICO: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO	<input type="checkbox"/>
16°	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 FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): HORARIO:	<input type="checkbox"/>

17°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO RESPONSABLE /DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18°	LISTADO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES Y/O INSUMOS SANITARIOS (Art. 13° Dec. 2076/19)	<input type="checkbox"/>
19°	ROTULO Y SELLO REGLAMENTARIO. (Art. 28° Ley N° 17565 y Art 28° Decreto N° 3857/69)	<input type="checkbox"/>
20°	ARANCEL POR HABILITACION SI CORRESPONDE, RESOLUCION 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 FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1

.....
 FIRMA Y ACLARACION FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2