

GUÍA DE TRÁMITE

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 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	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: <ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de Habilitación de Servicio de Farmacia (ANEXO II) perfectamente llena y con la documentación completa. - Nota indicando convenios con instituciones (Original y fotocopia de los mismos) 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”

REVISIÓN: 01-2021

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 19550 y Art. 6° Inc. c) Decreto N° 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. N° 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. N° 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. 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. 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"/>
12°	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. 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. 2076/19)	<input type="checkbox"/>
14°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto 2076/19)	<input type="checkbox"/>
15°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE / DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI (Original y Fotocopia) DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO	<input type="checkbox"/>
16°	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:	<input type="checkbox"/>

	NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI (Original y Fotocopia) HORARIO:	
17°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO RESPONSABLE /DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18°	LISTADO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES Y/O INSUMOS SANITARIOS (Art. 13° Dec. 2076/19)	<input type="checkbox"/>
19°	ROTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
20°	ARANCEL POR HABILITACION SI CORRESPONDE, RESOLUCION N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>
21°	SOLICITUD DE HABILITACION SUSCRITA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO RESPONSABLE/DIRECTOR TECNICO, FARMACEUTICOS AUXILIARES Y POR EL PROPIETARIO DE LA FARMACIA. (ultimo párrafo Art.6° Dto. 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
 SA -PRESIDENTE
 SRL -SOCIO GERENTE
 SC - SOCIO DESIGNADO
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
 FIRMA FARMACEUTICO RESPONSABLE/DIRECTOR TÉCNICO

.....
 FIRMA FARMACEUTICO ADSRIPTO 1

.....
 FIRMA FARMACEUTICO ADSRIPTO 2

REVISIÓN: 01-2021

