

GUÍA SIMPLIFICADA DE TRÁMITE

Trámite	Transformación Societaria de Farmacias
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la transformación de una sociedad de una farmacia. (Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303, Art. 25º Decreto 355/09) y Decreto 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	<p>El nuevo propietario para efectuar una transformación de la sociedad de una farmacia deberá:</p> <ul style="list-style-type: none">- Completar Solicitud de Transformación Societaria – Farmacias (ANEXO XXIII B) con documentación completa, firmado y certificado por escribano público.- Constancia de inscripción en AFIP, CUIT y denominación.- Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según Resolución N° 2899/2020. <p>IMPORTANTE: Deberá tenerse en cuenta la vigencia del Art. 25º Decreto Reglamentario N°355/09.</p> <p>Para el caso en que se presente junto a la transformación Societaria un Cambio de Dirección Técnica, se deberá iniciar expediente por separado (Solicitud ANEXO VII).</p> <p>Para el caso que con la Transformación Societaria se solicite Cambio de Nombre, el interesado deberá presentar Nota por separado firmada por la Persona Jurídica anterior, fotocopia de CUIT y se formará otro Expediente por el que se tramitará Cambio de Nombre.(ANEXO XXII)</p>
Arancel Resol. N° 2899/2020	\$5457.-
Solicitud	ANEXO XXIII B – TRANSFORMACION SOCIETARIA – FARMACIAS

REVISIÓN: 01-2021

SOLICITUD DE TRANSFORMACION SOCIETARIA

ANEXO XXIII B - FARMACIAS

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.

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA:	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO:..... .. CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD ANTERIOR: NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ANTERIOR <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"/>

4°	<p>DATOS DE LA PERSONA JURIDICA NUEVA:</p> <p>NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SC- SOCIO DESIGNADO) <input type="checkbox"/></p> <p>NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y Fotocopia) <input type="checkbox"/></p> <p>DOMICILIO REAL <input type="checkbox"/></p> <p>DOMICILIO LEGAL <input type="checkbox"/></p> <p>TELÉFONOS <input type="checkbox"/></p> <p>PROFESIÓN <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
5°	<p>CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia).</p>	<input type="checkbox"/>
6°	<p>CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA FISICA / RAZON SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). EXCLUYENTE.</p>	<input type="checkbox"/>
7°	<p>COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PUBLICO, EL QUE DEBE INCLUIR LA INSTALACION DE UNA 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</p>	<input type="checkbox"/>
8°	<p>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).</p>	<input type="checkbox"/>
9°	<p>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).</p>	<input type="checkbox"/>
10°	<p>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. N° 2076/19).</p>	<input type="checkbox"/>
11°	<p>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).</p>	<input type="checkbox"/>

12°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p>12.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>12.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>12.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>12.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p>12.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto N° 2076/19). <input type="checkbox"/> NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p>12.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO <input type="checkbox"/></p> <p>12.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>12.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES /VACUNAS (Art.11° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>12.6 DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA. (Art.16°, Dto.N° 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXC XII <input type="checkbox"/></p>	
13°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO : </p>	<input type="checkbox"/>
14°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): HORARIO: </p>	<input type="checkbox"/>
15°	<p>CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)</p> <p>FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/></p> <p>FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
16°	<p>ARANCEL POR TRANSFORMACION DE FONDO DE COMERCIO, RESOLUCIÓN N° 2899/2020.</p>	<input type="checkbox"/>
17°	<p>SOLICITUD DE TRANSFORMACION SOCIETARIA SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO,POR EL ANTERIOR PROPIETARIO DE LA FARMACIA Y POR EL NUEVO PROPIETARIO DE LA FARMACIA. (ultimo parrafo Art.6° Dto.N° 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.</p>	<input type="checkbox"/>

“LA TRANSFORMACION SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”

.....
 S.A. – PRESIDENTE **ANTERIOR**
 SRL - SOCIO GERENTE
 OTRO
(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
 SRL - SOCIO GERENTE **NUEVO**
 OTRO
(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
FIRMA DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 01-2021