

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Transformación Societaria de Droguerías
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la transformación de una sociedad de una droguería.
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 nuevo propietario para efectuar una transformación de la sociedad de una droguería deberá:</p> <ul style="list-style-type: none">- Completar Solicitud de Transformación Societaria – Droguería (ANEXO XXIII C) 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>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 C – TRANSFORMACION SOCIETARIA – DROGUERÍA

REVISIÓN: 01-2021

SOLICITUD DE TRANSFORMACION SOCIETARIA

ANEXO XXIII C - DROGUERIAS

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 los abajo firmantes, tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA DROGUERÍA:	<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°	DATOS DE LA PERSONA JURIDICA NUEVA:		
	NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	DOMICILIO LEGAL	<input type="checkbox"/>	
	TELÉFONOS	<input type="checkbox"/>	
	PROFESIÓN	<input type="checkbox"/>	
5°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN DE LA PERONA JURÍDICA (Fotocopia).		<input type="checkbox"/>
6°	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA FISICA / RAZON SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). EXCLUYENTE.		<input type="checkbox"/>
7°	S.A.: COPIA DEL CONTRATO DE TRANSFORMACION SOCIETARIA Y ÚLTIMA ACTA DE DIRECTORIO (NOMBRAMIENTO DE AUTORIDADES), INSCRIPTO EN LA DIRECCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO. S.R.L.: COPIA DEL CONTRATO DE TRANSFORMACION SOCIETARIA Y ACTA SOCIAL CON DESIGNACION SOCIO/S GERENTE/S, INSCRIPTO EN LA DIRECCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO.		<input type="checkbox"/>
8°	DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL (SA-PRESIDENTE / SRL-SOCIO GERENTE / OTRO) O APODERADO DE LA PERSONA JURÍDICA (Art. 6° Inciso c) Decreto N° 2076/19, SRL EN CASO DE MODIFICACIÓN: INSCRIPCIÓN DE DERECHOS Y ACCIONES INSCRIPTA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO).		<input type="checkbox"/>
9°	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"/>
10°	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"/>
11°	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).		<input type="checkbox"/>
12°	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. N° 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"/>

13°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia):..... DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO:	<input type="checkbox"/>
14°	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:	<input type="checkbox"/>
15°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16°	ARANCEL POR TRANSFORMACION DE FONDO DE COMERCIO, RESOLUCIÓN N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>
17°	SOLICITUD DE TRANSFORMACION SOCIETARIA SUSCRITA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO, POR EL ANTERIOR PROPIETARIO Y NUEVO PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	

“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)

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

.....
 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO