

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Transformación Societaria de Distribuidora de Productos Médicos
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Transformación de una sociedad de Distribuidora de Productos Médicos.
Presentación	La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.
Responsable	Farmacéutico 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 Distribuidora de Productos Médicos deberá:</p> <ul style="list-style-type: none">- Completar Solicitud de Transformación Societaria – Distribuidora de Productos Médicos (ANEXO XXIII D) 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 Supervisión 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 D – TRANSFORMACION SOCIETARIA – DISTRBUIDORA DE PRODUCTOS MÉDICOS

REVISIÓN: 01/2021

SOLICITUD DE TRANSFORMACION SOCIETARIA DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MÉDICOS

ANEXO XXIII D

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 los abajo firmantes, tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA DISTRIBUIDORA PRODUCTOS MEDICOS:	<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 (S.A. – PRESIDENTE / 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°	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°	<p>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.</p> <p>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.</p>	<input type="checkbox"/>
8°	DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL (SA-PRESIDENTE / SRL-SOCIO GERENTE / OTRO) O APODERADO DE LA PERSONA JURÍDICA (Art. 6º, 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.6º 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.6º 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.6º Inc. c) y d) Dto. N° 2076/19).	<input type="checkbox"/>
12°	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES DE LA PERSONA FISICA Y/O DEL	<input type="checkbox"/>

	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).	
13°	TIPO DE PRODUCTOS MEDICOS – OBJETO DE LA ACTIVIDAD PRODUCTO MÉDICO DE USO ÚNICO <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO INVASIVO <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO IMPLANTABLE <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO QUIRÚRGICAMENTE INVASIVO <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO ACTIVO <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO ACTIVO PARA DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO ACTIVO PARA TERAPIA <input type="checkbox"/> INSTRUMENTO QUIRÚRGICO REUTILIZABLE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14°	CLASE CLASE I <input type="checkbox"/> CLASE II..... <input type="checkbox"/> CLASE III..... <input type="checkbox"/> CLASE IV..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15°	ACTIVIDAD QUE REALIZA EL ESTABLECIMIENTO CON PRODUCTOS MÉDICOS - COMERCIO POR MAYOR <input type="checkbox"/> - COMERCIO POR MENOR <input type="checkbox"/> - SELECCIÓN, ADQUISICIÓN, ALMACEN. Y DISTRIB. EN CENTROS ASISTENCIALES <input type="checkbox"/> - ALMACEN. Y DISTRIB. DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO RE-UTILIZABLE <input type="checkbox"/> * CENTRO DE ESTERILIZACIÓN PROPIO..... <input type="checkbox"/> * CENTRO DE ESTERILIZACIÓN TERCERIZADO..... <input type="checkbox"/> - REPARACIÓN DE EQUIPAMIENTO APARATO O SISTEMA DE USO O APLICACIÓN MÉDICA U ODONTOLÓGICA CLASIFICADO COMO PRODUCTO MÉDICO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO SUPERVISOR TECNICO: D.N.I.(Original y Fotocopia)..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Fotocopia): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO:.....	<input type="checkbox"/>
17°	NOMBRE Y APELLIDO DEL INGENIERO BIOMEDICO O BIOINGENIERO SUPERVISOR: D.N.I.(Original y Fotocopia):..... NÚMERO DE MATRÍCULA(Original y Fotocopia): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL INGENIERO BIOMEDICO O BIOINGENIERO.....	<input type="checkbox"/>

18°	ACTIVIDAD QUE REALIZARÁ EL ESTABLECIMIENTO CON PRODUCTOS BIOMÉDICOS COMERCIO POR MAYOR <input type="checkbox"/> COMERCIO POR MENOR <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19°	SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
20°	ARANCEL POR TRANSFORMACION DE FONDO DE COMERCIO, RESOLUCIÓN N° 2899/2020.	<input type="checkbox"/>
21°	SOLICITUD DE TRANSFORMACION SOCIETARIA SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL ANTERIOR PROPIETARIO Y POR EL NUEVO PROPIETARIO, POR EL FARMACEUTICO SUPERVISOR TECNICO, INGENIERO BIOMEDICO O BIOINGENIERO. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<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)

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

.....
 FIRMA INGENIERO MEDICO Y/O BIOINGENIERO

.....
 FIRMA FARMACEUTICO SUPERVISOR TÉCNICO

REVISIÓN: 01/2021