

GUIA DE TRÁMITE

Trámite	SOLICITUD DE TRANSFORMACION DE PROPIEDAD SUCESIÓN A UNIPERSONAL O TIPO SOCIETARIO
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Transformación de Propiedad sucesión a unipersonal o Tipo Societario. (Decreto N°2076/19 – Ley N°17565- 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: M5500
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	Los propietarios de una farmacia deberán: - Completar Solicitud de Transformación de Propiedad sucesión a unipersonal o Tipo Societario. (ANEXO XXIII E) con documentación completa, firmada por las personas físicas o de la sociedad de hecho anterior, de la sociedad nueva o de la persona física unipersonal y del Farmacéutico Director Técnico. - Constancia de inscripción en AFIP, CUIT y denominación. - Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según Resolución N° 2899/2020. IMPORTANTE: Deberá tenerse en cuenta la vigencia del Art. 25º Decreto Reglamentario N°355/09. Para el caso en que se presente junto a la Transformación de Propiedad Sucesión a Unipersonal o Tipo Societario, un Cambio de Dirección Técnica, se deberá iniciar expediente por separado (Solicitud ANEXO VII). Para el caso que la Transformación de Propiedad Sucesión a Unipersonal o Tipo Societario se solicite Cambio de Nombre, el interesado deberá presentar Anexo XXII, firmado por la parte vendedora y compradora, fotocopia de CUIT y se formará otro Expediente por el que se tramitará Cambio de Nombre.
Arancel Resol. N° 2899/2020	\$5457.-
Solicitud	ANEXO XXIII E – SOLICITUD DE TRANSFORMACION DE PROPIEDAD SUCESIÓN A UNIPERSONAL O TIPO SOCIETARIO

REVISIÓN: 01-2021

SOLICITUD DE TRANSFORMACION DE PROPIEDAD SUCESIÓN A UNIPERSONAL O TIPO SOCIETARIO

ANEXO XXIII E

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 SUCESIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CUIT <input type="checkbox"/> NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DEFINITIVA <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA CERTIFICADA POR ESCRIBANO DE LA DESIGNACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL CARGO COMO ADMINISTRADORA. <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA CERTIFICADA POR ESCRIBANO PÚBLICO, DE DISTRIBUCIÓN DE BIENES, HOMOLOGADO JUDICIALMENTE, SOBRE EL FONDO DE COMERCIO O PROPIEDAD DE LA FARMACIA. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4°	DATOS DE LA PROPIEDAD NUEVA:		<input type="checkbox"/>
	NOMBRE DE LA FÍSICA O JURÍDICA NUEVA	<input type="checkbox"/>	
	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / OTRA - SI CORRESPONDE)	<input type="checkbox"/>	
	NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO	<input type="checkbox"/>	
	DOMICILIO REAL	<input type="checkbox"/>	
	DOMICILIO LEGAL	<input type="checkbox"/>	
	TELÉFONOS	<input type="checkbox"/>	
	PROFESIÓN	<input type="checkbox"/>	
5°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA AFIP – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN DE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA (Fotocopia).		<input type="checkbox"/>
6°	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA MENDOZA.		<input type="checkbox"/>
7°	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7 Ley 19550), CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO.		<input type="checkbox"/>
8°	SI FUERA UNA S.R.L. CONTRATO CONSTITUIVO DE LA S.R.L. INSCRIPTA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO. ULTIMA ACTA DE SOCIOS INSCRIPTA EN LA DIRECCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS DE MENDOZA. CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO (Art. 6º, inciso c, Decreto 2076/19, Ley de sociedades 19550).		<input type="checkbox"/>
9°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA NO SE ENCUENTRA CONCURSADA O FALLIDA. (Art.6 inc. c, Dto. 2076/19).		<input type="checkbox"/>
10°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA QUE ACREDITE EL PRESIDENTE DE LA S.A. O SOCIO GERENTE (según el caso) NO SE ENCUENTRA CONCURSADO O FALLIDO. (Art.6 inc. c, Dto. 2076/19)		<input type="checkbox"/>
11°	CERTIFICADO EMITIDO POR EL REGISTRO DE INHIBICIONES DEL REGISTRO PUBLICO Y ARCHIVO JUDICIAL DE MENDOZA, QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA y SOCIO GERENTE (según el caso) NO SE ENCUENTRAN INHIBIDOS PARA EJERCER ACTOS DE COMERCIO. (Art.6 inc. c, Dto. 2076/19 y Ley. 19550)		<input type="checkbox"/>
12°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO:		<input type="checkbox"/>
	NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia):		
	DOMICILIO:		
	TELÉFONOS:		
	HORARIO DEL FARMACÉUTICO :		

13°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: D.N.I. (Adjuntar Original y Fotocopia): NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: D.N.I. (Adjuntar Original y Fotocopia):..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): HORARIO:	<input type="checkbox"/>
14°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15°	MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO: 15.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO) <input type="checkbox"/> 15.1.1 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS OFICIALES <input type="checkbox"/> 15.1.2 MAGISTRALES ALOPÁTICOS <input type="checkbox"/> 15.1.3 MAGISTRALES HOMEOPÁTICOS <input type="checkbox"/> 15.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO) * <input type="checkbox"/> 15.3 ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO <input type="checkbox"/> 15.4 APLICACIÓN DE INYECTABLES <input type="checkbox"/> 15.5 TURNOS VOLUNTARIOS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16°	ARANCEL POR TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO, RESOLUCIÓN N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>
17°	FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO DEL ANTERIOR PROPIETARIO, NUEVO PROPIETARIO Y FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA.	<input type="checkbox"/>

* NO PODRÁ PREPARAR FORMULAS MAGISTRALES, OFICIALES YU OFICINALES, TAMPOCO PODRÁ FRACCIONAR DROGAS.

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

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

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

.....
 FIRMA FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 01-2021