

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	CESION DE CUOTAS SOCIALES SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Cesión de Cuotas Sociales Sociedad de Responsabilidad Limitada. (Decreto N°355/09 – Ley N°19550- 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	<p>Los propietarios del establecimiento deberán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Completar Solicitud de Cesión de Cuotas Sociales Sociedad de Responsabilidad Limitada (ANEXO XXIV) con documentación completa, firmada por las personas físicas de la sociedad de hecho anterior, de la sociedad nueva 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. <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 Cesión de Cuotas Sociales Sociedad de Responsabilidad Limitada un Cambio de Dirección Técnica, se deberá iniciar expediente por separado (Solicitud ANEXO VII).</p> <p>Para el caso que Cesión de Cuotas Sociales Sociedad de Responsabilidad Limitada 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.</p>
Arancel Resol. N° 2899/2020	\$5457.-
Solicitud	ANEXO XXIV – CESION DE CUOTAS SOCIALES SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

REVISIÓN: 01-2021

**CESION DE CUOTAS SOCIALES
 SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
 ANEXO XXIV**

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 DEL ESTABLECIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD : NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURIDICA (S.R.L.) <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL <input type="checkbox"/> TELÉFONOS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4°	CESIÓN DE CUOTAS SOCIALES INSCRIPTA EN LA DIRECCION DE PERSONAS JURIDICAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA	<input type="checkbox"/>
5°	ACTA SOCIAL CON DESIGNACIÓN DEL O LOS SOCIOS GERENTES INSCRIPTA EN LA DIRECCION DE PERSONAS JURIDICAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA (si no hubiese designación de un socio gerente, se deberá adjuntar la documentación de los puntos 8 y 9 para cada uno de los socios) SOC. GERENTE 1: NOMBRE APELLIDO - DOCUMENTO SOC. GERENTE 2: NOMBRE APELLIDO - DOCUMENTO SOC. GERENTE 3: NOMBRE APELLIDO - DOCUMENTO SOC. GERENTE 4: NOMBRE APELLIDO - DOCUMENTO	<input type="checkbox"/>
6°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA AFIP. – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia)	<input type="checkbox"/>
7°	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA JURÍDICA, EMITIDO POR LA ADMINISTRACION TRIBUTARIA MENDOZA	<input type="checkbox"/>
8°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA QUE ACREDITE QUE LA PERSONA JURIDICA Y EL O LOS SOCIOS GERENTES DE LA S.R.L. NO SE ENCUENTRAN CONCURSADOS NI FALLIDOS. (Art.6 inc. c) Dto. 2076/19)	<input type="checkbox"/>
9°	CERTIFICADO EMITIDO POR EL REGISTRO DE INHIBICIONES DEL REGISTRO PÚBLICO Y ARCHIVO JUDICIAL DE MENDOZA, QUE ACREDITE QUE LA PERSONA JURIDICA Y EL O LOS SOCIOS GERENTES NO SE ENCUENTRAN INHIBIDOS PARA EJERCER ACTOS DE COMERCIO. (Art.6 inc. c) Dto. 2076/19)	<input type="checkbox"/>
10°	APODERADO LEGAL DE LA S.R.L. (si tuviere, Poder inscripto en el Registro Públicos de Poderes y Mandatos de la Provincia de Mendoza) NOMBRE APELLIDO - DOCUMENTO DOMICILIO TELEFONO PROFESIÓN	<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, Dto. 2076/19) PLAZO DE VALIDEZ DEL CERTIFICADO: A PARTIR DE LA EMISION 5 DIAS, RESULTA DE LO DISPUESTO POR EL ART. 6° DEL DECRETO Nº 2004/80 REGLAMENTARIO DE LA LEY 22117.	<input type="checkbox"/>
12°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia):..... DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO:.....	<input type="checkbox"/>

13°	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"/>
14°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15°	ARANCEL POR CESIÓN DE ACCIONES, RESOLUCIÓN N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>
16°	SOLICITUD DE CESION DE CUOTAS SOCIALES SRL, SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO Y POR LOS SOCIOS DE LA RAZON SOCIAL. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	

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

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

.....
 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 01-2021