

## GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	<b>Disolución de una Sociedad de Hecho a Persona Física o Jurídica en Farmacias</b>
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la disolución de una sociedad de hecho a persona física o jurídica propietarios de una farmacia. (Decreto N°355/09 – Ley N°19550) Se exceptúan las Sociedades Anónimas
Presentación	<b>La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.</b>
Responsable	Farmacéutica Irma Inés Mango. Jefa Departamento de Farmacia.
Email	<a href="mailto:deptofarmacia@mendoza.gov.ar">deptofarmacia@mendoza.gov.ar</a>
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 Disolución de una Sociedad de Hecho a Persona Física o Jurídica en Farmacias (ANEXO XXV) con documentación completa, firmada por las personas físicas de la sociedad de hecho anterior, del Director Técnico y nuevos propietarios ya sea persona física o jurídica. - 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 disolución de la SH un Cambio de Dirección Técnica, se deberá iniciar expediente por separado (Solicitud ANEXO VII). Para el caso que con la disolución de la SH 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 XXV– TRANSFORMACIÓN DE PROPIEDAD UNIPERSONAL A UN TIPO SOCIAL

REVISIÓN: 01-2021

## SOLICITUD DE DISOLUCIÓN DE SOCIEDAD DE HECHO A PERSONA FÍSICA O JURÍDICA DE FARMACIAS

### ANEXO XXV FARMACIA

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 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 SOCIEDAD DE HECHO ..... <input type="checkbox"/>  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">NOMBRE DE LOS INTEGRANTES</td> <td style="width: 30%;">DNI</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> ..... <input type="checkbox"/>  DOMICILIO REAL ..... <input type="checkbox"/>  DOMICILIO LEGAL ..... <input type="checkbox"/>  TELÉFONOS ..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE LOS INTEGRANTES	DNI		.....	.....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LOS INTEGRANTES	DNI													
.....	.....	<input type="checkbox"/>												
.....	.....	<input type="checkbox"/>												
.....	.....	<input type="checkbox"/>												

4°	<p>DATOS DE LA PROPIEDAD NUEVA:</p> <p>NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SCS CUALQUIERA DE LOS SOCIOS) ..... <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 (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°	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.	<input type="checkbox"/>
8°	DISOLUCIÓN DE LA SOCIEDAD DE HECHO, CERTIFICADA POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<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°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p><b>13.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p>13.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>13.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>13.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto 2076/19).</b> <input type="checkbox"/>          NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p><b>13.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO</b></p> <p><b>13.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decreto. 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.6 DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA.</b> (Art.16°, Dto. 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXO XII) <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
14°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO:          .....          DNI: (Original y Fotocopia).....          NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): .....          DOMICILIO: .....          TELÉFONOS: .....          HORARIO DEL FARMACÉUTICO (art.26° Dec. N° 2076/19):          .....          ...</p>	<input type="checkbox"/>
15°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1:          .....          DNI: (Original y Fotocopia).....          NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): .....          HORARIO: .....</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2:          .....          DNI: (Original y Fotocopia).....          NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): .....          HORARIO: .....</p>	<input type="checkbox"/>
16°	<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"/>
17°	<p>ARANCEL POR MODIFICACIÓN DE PROPIEDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N° 2899/2020.</p>	<input type="checkbox"/>
18°	<p>SOLICITUD DE DISOLUCIÓN DE SOCIEDAD DE HECHO A PERSONA FÍSICA O JURÍDICA DE FARMACIAS, SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO Y POR EL ANTERIOR PROPIETARIO DE LA FARMACIA Y POR EL NUEVO PROPIETARIO. (Ultimo Parrafo Art.6° Dto .N° 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.</p>	<input type="checkbox"/>

---

**“EL TRÁMITE SE HARÁ EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”**

.....  
 FIRMA DEL O LOS PROPIETARIOS  
ANTERIORES

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

.....  
FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 01-2021