

## GUIA DE TRÁMITE

Trámite	<b>VENTA/TRANSFERENCIA/CESIÓN DE ACCIONES EN SOCIEDADES ANONIMAS</b>
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Venta/Transferencia/Cesión de Acciones en Sociedad Anonimas.(Decreto N°355/09 – Ley N°19550)
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	<p>Los propietarios de una farmacia deberán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completar Solicitud de Venta/Transferencia/Cesión de Acciones en Sociedad Anónimas (ANEXO XXVI) con documentación completa, firmada por las personas físicas de la sociedad de hecho anterior, de la sociedad nueva y del Farmacéutico Director Técnico.</li> <li>- Constancia de inscripción en AFIP, CUIT y denominación.</li> <li>- Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según Resolución N° 2899/2020.</li> </ul> <p><b>IMPORTANTE:</b> Deberá tenerse en cuenta la vigencia del Art. 25° Decreto Reglamentario N°355/09.</p> <p>Para el caso en que se presente junto a la Venta/Transferencia/Cesión de Acciones en Sociedad Anónimas un Cambio de Dirección Técnica, se deberá iniciar expediente por separado (Solicitud ANEXO VII).</p> <p>Para el caso que la Venta/Transferencia/Cesión de Acciones en Sociedad Anónimas 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 XXVI –VENTA/TRANSFERENCIA CESION DE ACCIONES EN SOCIEDAD ANONIMAS

REVISIÓN: 01/2021

## VENTA/TRANSFERENCIA/CESIÓN DE ACCIONES EN SOCIEDADES ANONIMAS

### FARMACIA/DROGUERÍA ANEXO XXVI

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 : NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURIDICA (S.A.) ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> TELÉFONOS ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4°	CESIÓN DE ACCIONES INSCRIPTA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO	<input type="checkbox"/>

11°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO: ..... DNI: (Original y Fotocopia)..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO : .....	<input type="checkbox"/>
12°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: ..... DNI: (Original y Fotocopia)..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): ..... HORARIO: ..... NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: ..... DNI: (Original y Fotocopia)..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): ..... HORARIO: .....	<input type="checkbox"/>
13°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)  FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14°	ARANCEL RESOLUCIÓN N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>
15°	SOLICITUD DE VENTA/TRANSFERENCIA/ CESION DE ACCIONES EN SOCIEDADES ANONIMAS SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO, POR EL ANTERIOR PROPIETARIO DE LA FARMACIA Y POR EL NUEVO PROPIETARIO DE LA FARMACIA. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>

**“LA TRANSFERENCIA SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”**

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

.....  
 FIRMA DEL PROPIETARIO **NUEVO**  
 S.A. – PRESIDENTE **NUEVO**  
 OTRO  
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....  
 FIRMA FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 01-2021