

**GUÍA DE TRÁMITE**

Trámite	<b>Habilitación de Servicio de Farmacia de los Servicios de Emergencia Ambulatorio</b>
Descripción	Requisitos para Habilitación de Servicio de Farmacia de Servicio de Emergencia Ambulatorio  Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto en Ley 7303, Decreto Reglamentario N° 355/09 y Decreto Reglamentario N° 2076/19.
Presentación	<b>La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.</b>
Responsable	Farm. 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: M5500CCB
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:  - <b>Solicitud de Habilitación de Servicio de Farmacia de los Servicios de Emergencia Ambulatorio (ANEXO III) perfectamente llena y con la documentación completa.</b>  - Nota indicando convenios con instituciones (Original y fotocopia de los mismos) si corresponde.  - CUIT del interesado.  - Abonar arancel correspondiente según Resol N° 2899/2020.
Arancel Resol N° 2899/2020	\$12.127.-
Solicitud	<b>ANEXO III “SOLICITUD DE HABILITACION DE SERVICIO DE FARMACIA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA AMBULATORIO”</b>  <b>“LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”</b>

REVISIÓN: 01-2021

**SOLICITUD DE HABILITACION DE  
 SERVICIO DE FARMACIA DE LOS SERVICIOS  
 DE EMERGENCIA AMBULATORIO  
 ANEXO III**

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 INSTITUCIÓN: .....	<input type="checkbox"/>
2	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO: ..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
3	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO BRINDADO DESCRIBIR: .....	<input type="checkbox"/>
4	DATOS DE LA PROPIEDAD:  NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ..... <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (S.A. – PRESIDENTE / SRL - SOCIO GERENTE / SOCIEDAD COLECTIVA, SOCIO DESIGNADO ) ..... <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"/>
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 UN SERVICIO DE 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 (S.A.: ÚLTIMA ACTA DE DIRECTORIO – SRL. SOCIO GERENTE – SC. SOCIO DESIGNADO).	<input type="checkbox"/>
8	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"/>
9	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"/>
10	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"/>
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) 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"/>
12	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
13	DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art.6° Inc. e) Dto. N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
14	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
15	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO RESPONSABLE: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): ..... DNI (Original y Fotocopia) ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO .....	<input type="checkbox"/>
16	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)  FARMACÉUTICO RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>

17	LISTADO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES Y/O INSUMOS SANITARIOS (Art. 22° Y 23° Dec. N° 355/09)	<input type="checkbox"/>
18	ROTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
19	ARANCEL POR HABILITACION SI CORRESPONDE, RESOLUCION N° 2899/2020.	<input type="checkbox"/>
20	SOLICITUD DE HABILITACION SUSCRITA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO RESPONSABLE Y POR EL PROPIETARIO DE LA FARMACIA. (Último párrafo Art.6° Dto. N° 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>

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

.....  
 FIRMA DEL PROPIETARIO  
 S.A. - PRESIDENTE  
 SRL - SOCIO GERENTE  
 SC - SOCIO DESIGNADO  
(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....  
FIRMA FARMACEUTICO RESPONSABLE

REVISIÓN: 01-2021