

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Habilitación de Farmacias Propiedad de Mutualidades, Obras Sociales o Sindicatos y Medicina Prepaga.
Descripción	Requisitos para la Habilitación de una Farmacia. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley Nº 7303, Resolución Nº 3586/09, Decreto Reglamentario Nº 355/09 y Decreto Reglamentario Nº 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: M5500CCB
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: 1- Habilitación de Farmacias Propiedad de Mutualidades, Obras Sociales o Sindicatos y Medicina Prepaga (ANEXO XI), firmada por representante legal y director técnico con firmas legalizadas por escribano público. 2- Presentar 2 planos del local con distribución de áreas, aclarando la propiedad. 3- Copia del Estatuto Social que incluya en su objeto, la instalación de farmacia. El local deberá ser interno, sin salida directa a la calle y formar parte de las instalaciones de la entidad a que pertenecen. La habilitación de estas farmacias está eximida de los requisitos de densidad poblacional. No pueden atender al público en general, debiendo limitar el otorgamiento de sus beneficios a las personas comprendidas en sus estatutos, no pudiendo ser explotadas por concesionarios. En caso de atención de afiliados de otras entidades se deberá presentar los convenios respectivos de atención.
Arancel Resol. Nº 2899/2020	\$ 24.255.
Solicitud	ANEXO XI "SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE FARMACIAS DE MUTUALIDAD, OBRAS SOCIALES, SINDICATOS Y MEDICINA PREPAGA" "LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL"

REVISIÓN: 01-2021

SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE FARMACIAS DE MUTUALIDAD, OBRAS SOCIALES, SINDICATOS Y MEDICINA PREPAGA

ANEXO XI

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 RAZÓN SOCIAL PROPIETARIA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL <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"/>
4°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia).	<input type="checkbox"/>
5°	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"/>
6°	COPIA DEL ESTATUTO, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>
7°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE MUTUALIDADES. CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE	<input type="checkbox"/>

	QUE LA PERSONA FISICA/JURÍDICA NO SE ENCUENTRA CONCURSADA NI FALLIDA. (Art.6° Inc. c) y d) Dto. N° 2076/19).	
8°	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"/>
9°	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"/>
10°	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"/>
11°	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"/>
12°	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"/>
13°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
14°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p>14.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p>14.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto N° 2076/19). <input type="checkbox"/></p> <p>NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFICIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p>14.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO <input type="checkbox"/></p> <p>14.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Dto. N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.6 DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA. (Art.16°, Dto. N° 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXO XII, A-B) <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
15°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: </p> <p>NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia):</p> <p>DNI: (Original y Fotocopia)</p> <p>DOMICILIO:</p> <p>TELÉFONOS:</p>	<input type="checkbox"/>

	HORARIO DEL FARMACÉUTICO NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia) HORARIO:..... NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia) HORARIO:	
16°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17°	ROTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
18°	ARANCEL POR HABILITACION, RESOLUCION N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>
19°	SOLICITUD DE HABILITACION SUSCRITA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO, FARMACEUTICOS AUXILIARES Y POR EL REPRESENTANTE DE LA FARMACIA DE MUTUALIDAD, OBRA SOCIAL, SINDICATO Y MEDICINA PREPAGA. (Último párrafo Art.6° Dto. N° 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>

“LA HABILITACION SE HARA EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL”

.....
 FIRMA DEL PROPIETARIO
 SRL - SOCIO GERENTE
 SC-UNO DE LOS SOCIOS
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....
 FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1

.....
 FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2

REVISIÓN: 01-2021

