

## GUIA DE TRAMITE

Trámite	<b>Cambio Supervisión Farmacéutica Definitiva - Distribuidores de Productos Médicos.</b>
Descripción	Requisitos para el Cambio de Supervisión Farmacéutica Definitiva Distribuidores Productos Médicos.
Presentación	<b>La solicitud se presenta por correo electrónico al mail <a href="mailto:deptofarmacia@mendoza.gov.ar">deptofarmacia@mendoza.gov.ar</a> escaneada, legible y en formato PDF.</b>
Responsable	Farm. Patricia Moreno. 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: -Solicitud de "Cambio de Supervisión Farmacéutica Definitiva" (ANEXO VII B), perfectamente lleno y con la documentación completa. - Constancia de inscripción en AFIP (Administración Federal de Ingresos Publico) CUIT y denominación. - Abonar arancel si corresponde según Resol N°2899/2020.
Observaciones	En caso de modificación de la propiedad del establecimiento deberá comunicarlo y presentar documentación correspondiente.
Arancel Resol N°2899/2020	\$3.941.-
Solicitud	<b>ANEXO VII B "SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISIÓN FARMACÉUTICA DEFINITIVA DISTRIBUIDORES PRODUCTOS MÉDICOS"</b>

REVISIÓN: 02-2022

**SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISIÓN FARMACÉUTICA DEFINITIVA  
 DISTRIBUIDORES PRODUCTOS MÉDICOS  
 ANEXO VII B – DECRETO Nº199/11**

Mendoza, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. -

Sra. Jefa del  
 Departamento de Farmacia  
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes  
 Farmacéutica Patricia Moreno  
 S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De conformidad a lo solicitado en el presente formulario, los datos consignados por los abajo firmantes tienen carácter de Declaración Jurada.

1º	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DISTRIBUIDOR DE PRODUCTOS MÉDICOS: .....	<input type="checkbox"/>
2º	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO: ..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
3º	DATOS DE LA PROPIEDAD:  NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ..... <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA ..... <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (adjuntar copia en formato PDF) ..... <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL ..... <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL ..... <input type="checkbox"/> TELÉFONOS ..... <input type="checkbox"/> PROFESIÓN ..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN	<input type="checkbox"/>
5º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO SALIENTE: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DNI (adjuntar copia en formato PDF): ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: ..... EJERCE HASTA: ..... / ..... / 20....	<input type="checkbox"/>

6°	NOMBRE Y APELLIDO DEL NUEVO FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DNI (adjuntar copia en formato PDF): ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO:..... EJERCE DESDE: ..... / ..... / 20....	<input type="checkbox"/>
7°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO NUEVO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8°	SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
9°	ARANCEL POR CAMBIO DE SUPERVISIÓN TÉCNICA DEFINITIVA (Resol N°2899/2020)	<input type="checkbox"/>
10°	SOLICITUD DE CAMBIO DE SUPERVISIÓN FARMACÉUTICA DEFINITIVA DISTRIBUIDORES PRODUCTOS MÉDICOS SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POREL FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO SALIENTE, EL NUEVO FARMACÉUTICO SUPERVISOR TÉCNICO Y POR EL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS MÉDICOS. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA.	<input type="checkbox"/>

**IMPORTANTE:** La solicitud de Cambio de Supervisión Farmacéutica Definitiva del Establecimiento de Productos Médicos debe ser suscripta en forma conjunta por el Propietario, el Farmacéutico Supervisor Técnico saliente y por el nuevo Farmacéutico Supervisor Técnico. Las firmas junto a su aclaración deben estar certificadas ante escribano público.

.....  
 FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROPIETARIO/  
 REPRESENTANTE LEGAL DE LA RAZÓN SOCIAL

.....  
 FIRMA Y ACLARACIÓN NUEVO FARMACÉUTICO  
 SUPERVISOR TÉCNICO

.....  
 FIRMA Y ACLARACIÓN  
 SUPERVISOR TÉCNICO SALIENTE

REVISIÓN: 02-2022