

## GUIA DE TRAMITE

Trámite	<b>Cancelación de Droguerías</b>
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la cancelación de registro de una Droguería.
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	<p>El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de Cancelación de Droguería (ANEXO VIII B) con documentación completa.</li> <li>• Listado de Psicofármacos lista IV, con el destino de cada uno, el mismo tendrá carácter de declaración jurada y deberá estar firmado por el Farmacéutico Director Técnico y por el Director Técnico Destinatario de los mismos.</li> <li>• Listado de Especialidades Medicinales vigentes, Drogas e Insumos Biomédicos, con el destino de cada uno, dentro de las 48 horas de iniciado el trámite, el mismo tendrá carácter de declaración jurada y deberá estar firmada por el Farmacéutico Director Técnico y el Director Técnico Destinatario de los mismos. En caso de ser enviados a los Laboratorios deberá presentar nota de crédito. (Situación Especial: Si la Droguería se encuentra en Proceso Judicial, se procederá según Dictamen de Asesoría Letrada).</li> <li>• Listado de psicotrópicos Lista II y III.</li> <li>• Listado de estupefacientes Lista I.</li> <li>• Libros Contralor de Estupefacientes.</li> <li>• Vales de Adquisición de Psicotrópicos y Estupefacientes.</li> <li>• Libro contralor de psicotrópicos.</li> <li>• Listado de medicamentos vencidos no psicotrópicos ni estupefacientes.</li> <li>• Listado de medicamentos vencidos psicotrópicos y estupefacientes.</li> </ul> <p>Los trámites de cancelación deberán ser efectuados por el Farmacéutico Director Técnico y el Propietario de la Droguería.                      Los Psicotrópicos Lista II - III y Estupefacientes Lista I vigentes, serán entregados en carácter de donación al Departamento de Farmacia a los efectos estime corresponder.                      Medicamentos vencidos: los titulares deberán presentar comprobante de destrucción de acuerdo a lo establecido en Ley 7168 y Decreto 2108, artículos 75º al 78º (Manifiesto de transferencia de residuos farmacéuticos). En caso de no estar inscripto como generador de residuos farmacéuticos a la fecha de cancelación se evaluará de acuerdo a la cantidad de medicamentos la conveniencia de su inscripción.                      Los Psicofármacos y estupefacientes vencidos deberán estar con sus envases secundarios y primarios con el listado correspondiente.</p>
Arancel Resol. N° 2899 / 2020	\$152
Solicitud	ANEXO VIII B- Cancelación de Droguerías.

REVISIÓN: 04-2022

## SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DROGUERÍA ANEXO VIII B

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

Sra. Jefa  
 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.

1°	NOMBRE DE LA DROGUERÍA: .....	<input type="checkbox"/>
2°	UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: .....	<input type="checkbox"/>
3°	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA: ..... NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (adjuntar copia en formato PDF).....	<input type="checkbox"/>
4°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN A.T.M. – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (adjuntar copia en formato PDF)	<input type="checkbox"/>
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DNI (adjuntar copia en formato PDF): ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: .....	<input type="checkbox"/>
6°	INVENTARIO DE PSICOTRÓPICOS LISTA IV Y ESTUPEFACIENTES LISTA III. DESTINO. COMPROBANTES DE DEVOLUCIÓN O VENTA SI CORRESPONDIERA. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.	<input type="checkbox"/>
7°	ENTREGA A LA AUTORIDAD SANITARIA DE: 7.1 TALONARIO DE VALES PARA ADQUISICION DE ESTUPEFACIENTES <input type="checkbox"/> 7.2 TALONARIO DE VALES PARA ADQUISICION DE SICOTROPICOS <input type="checkbox"/> 7.3 LIBRO CONTRALOR DE SICOTROPICOS <input type="checkbox"/> 7.4 LIBRO CONTRALOR DE ESTUPEFACIENTES <input type="checkbox"/> 7.5 LIBRO DE INYECTABLES <input type="checkbox"/> 7.6 LIBRO RECETARIO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8°	ENTREGA DE EXISTENCIA A LA AUTORIDAD SANITARIA DE: 8.1 PSICOTROPICOS LISTA II Y LISTA III <input type="checkbox"/> 8.2 ESTUPEFACIENTES LISTA I Y LISTA II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9°	INVENTARIO Y DESTINO DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS VIGENTES. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.	<input type="checkbox"/>

10°	ENTREGA AL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DE LA DOCUMENTACIÓN DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS, DROGAS E INSUMOS BIOMÉDICOS VENCIDOS (SEGÚN LEY 7168 Y DECRETO 2108).	<input type="checkbox"/>
11°	SOLICITUD DE CANCELACIÓN SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO Y POR EL PROPIETARIO DE LA DROGUERÍA. (último párrafo Art.6° Dto. 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO	<input type="checkbox"/>
12°	ARANCEL POR CANCELACION RESOLUCION N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>

**IMPORTANTE:** La solicitud de cancelación debe ser suscripta en forma conjunta por el Propietario de la Farmacia y por el farmacéutico Director Técnico (último párrafo Art.6° Dto. N°2076/19). Las firmas junto a su aclaración deben estar certificadas ante escribano público.

**“EL TRÁMITE DE CANCELACIÓN CULMINA CON EL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y SU CORRESPONDIENTE NOTIFICACIÓN.”**

.....  
FIRMA Y ACLARACION DEL PROPIETARIO/  
REPRESENTANTE LEGAL DE LA RAZON SOCIAL

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO