

## GUIA DE TRAMITE

Trámite	<b>Transformación Societaria de Farmacias</b>
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la transformación de una sociedad de una farmacia. (Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303, Art. 25º Decreto 355/09) y Decreto 2076/19.
Presentación	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.
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 nuevo propietario para efectuar una transformación de la sociedad de una farmacia deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Completar Solicitud de Transformación Societaria – Farmacias (ANEXO XXIII B) con documentación completa, firmado con aclaración de firma y DNI, firmas certificadas por escribano público.</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. 25º Decreto Reglamentario N°355/09.</p> <p>Para el caso en que se presente junto a la transformación Societaria un Cambio de Dirección Técnica, se deberá iniciar expediente por separado (Solicitud ANEXO VII).</p> <p>Para el caso que con la Transformación Societaria se solicite Cambio de Nombre, el interesado deberá presentar Nota por separado firmada por la Persona Jurídica anterior, fotocopia de CUIT y se formará otro Expediente por el que se tramitará Cambio de Nombre. (ANEXO XXII)</p>
Arancel Resol. N° 2899/2020	\$5.457.-
Solicitud	TRANSFORMACION SOCIETARIA – FARMACIAS - <b>ANEXO XXIII B</b>

REVISIÓN: 06-2022

## SOLICITUD DE TRANSFORMACION SOCIETARIA

### ANEXO XXIII B - FARMACIAS

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

Sra. Jefa del  
 Departamento de Farmacia  
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes  
 Farm. 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 FARMACIA: .....	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO: ..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD ANTERIOR:  NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ANTERIOR ..... <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SCS CUALQUIERA DE LOS SOCIOS) ..... <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"/>

4°	<b>DATOS DE LA PERSONA JURIDICA NUEVA:</b>		<input type="checkbox"/>
	NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA .....	<input type="checkbox"/>	
	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SC- SOCIO DESIGNADO) .....	<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"/>	
5°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN.	<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 UNA 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	<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. 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°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p><b>12.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p>12.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>12.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>12.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p><b>12.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto N° 2076/19).</b> <input type="checkbox"/>                  NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p><b>12.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>12.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>12.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES /VACUNAS (Art.11° Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>12.6 DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA.</b> (Art.16°, Dto.N° 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXO XII) <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
13°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO:                  .....                  NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): .....                  DOMICILIO: .....                  TELÉFONOS: .....                  HORARIO DEL FARMACÉUTICO:                  .....</p>	<input type="checkbox"/>
14°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSRIPTO 1:                  .....                  NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): .....                  HORARIO:                  .....                  NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSRIPTO 2:                  .....                  NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): .....                  HORARIO:                  .....</p>	<input type="checkbox"/>
15°	<p>CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)</p> <p>FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/></p> <p>FARMACÉUTICO ADSRIPTO <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
16°	<p>ARANCEL POR TRANSFORMACION DE FONDO DE COMERCIO, RESOLUCIÓN N° 2899/2020.</p>	<input type="checkbox"/>
17°	<p>SOLICITUD DE TRANSFORMACION SOCIETARIA SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO, POR EL ANTERIOR PROPIETARIO DE LA FARMACIA Y POR EL NUEVO PROPIETARIO DE LA FARMACIA. (último párrafo Art.6° Dto. 2076/19)                  DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA.                  FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.</p>	<input type="checkbox"/>

---

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

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

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO DIRECTOR  
TÉCNICO

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO  
ADSCRIPTO

REVISIÓN: 06-2022