

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Transformación Societaria de Distribuidora de Productos Médicos
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Transformación de una sociedad de Distribuidora de Productos Médicos.
Presentación	La solicitud se presenta por correo electrónico al mail deptofarmacia@mendoza.gov.ar escaneada, legible y en formato PDF.
Responsable	Farmacéutica Patricia Moreno 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	<p>El nuevo propietario para efectuar una transformación de la sociedad de Distribuidora de Productos Médicos deberá:</p> <ul style="list-style-type: none">- Completar Solicitud de Transformación Societaria – Distribuidora de Productos Médicos (ANEXO XXIII D) con documentación completa, firmado y certificado por escribano público.- Constancia de inscripción en AFIP, CUIT y denominación.- Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según resolución N° 2899/2020 <p>Para el caso en que se presente junto a la transformación Societaria un Cambio de Supervisión 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 – DISTRBUIDORA DE PRODUCTOS MÉDICOS - ANEXO XXIII D

REVISIÓN: 06/2022

SOLICITUD DE TRANSFORMACION SOCIETARIA DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MÉDICOS

ANEXO XXIII D

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.

1°	NOMBRE DE LA DISTRIBUIDORA PRODUCTOS MEDICOS:	<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°	<p>DATOS DE LA PERSONA JURIDICA NUEVA:</p> <p>NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (S.A. – PRESIDENTE / SRL - SOCIO GERENTE / SC- SOCIO DESIGNADO) <input type="checkbox"/></p> <p>NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (adjuntar copia en formato PDF) <input type="checkbox"/></p> <p>DOMICILIO REAL <input type="checkbox"/></p> <p>DOMICILIO LEGAL <input type="checkbox"/></p> <p>TELÉFONOS <input type="checkbox"/></p> <p>PROFESIÓN <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
5°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN DE LA PERONA JURÍDICA	<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°	<p>S.A.: COPIA DEL CONTRATO DE TRANSFORMACION SOCIETARIA Y ÚLTIMA ACTA DE DIRECTORIO (NOMBRAMIENTO DE AUTORIDADES), INSCRIPTO EN LA DIRECCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO.</p> <p>S.R.L.: COPIA DEL CONTRATO DE TRANSFORMACION SOCIETARIA Y ACTA SOCIAL CON DESIGNACION SOCIO/S GERENTE/S, INSCRIPTO EN LA DIRECCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO.</p>	<input type="checkbox"/>
8°	DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL (SA-PRESIDENTE / SRL-SOCIO GERENTE / OTRO) O APODERADO DE LA PERSONA JURÍDICA (Art. 6°, inciso C, Decreto N° 2076/19. SRL EN CASO DE MODIFICACIÓN: INSCRIPCIÓN DE DERECHOS Y ACCIONES INSCRIPTA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO).	<input type="checkbox"/>
9°	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"/>
10°	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"/>
11°	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"/>
12°	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"/>

13°	<p>TIPO DE PRODUCTOS MEDICOS – OBJETO DE LA ACTIVIDAD</p> <p>PRODUCTO MÉDICO DE USO ÚNICO <input type="checkbox"/></p> <p>PRODUCTO MÉDICO INVASIVO <input type="checkbox"/></p> <p>PRODUCTO MÉDICO IMPLANTABLE <input type="checkbox"/></p> <p>PRODUCTO MÉDICO QUIRÚRGICAMENTE INVASIVO <input type="checkbox"/></p> <p>PRODUCTO MÉDICO ACTIVO <input type="checkbox"/></p> <p>PRODUCTO MÉDICO ACTIVO PARA DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/></p> <p>PRODUCTO MÉDICO ACTIVO PARA TERAPIA <input type="checkbox"/></p> <p>INSTRUMENTO QUIRÚRGICO REUTILIZABLE <input type="checkbox"/></p> <p>OTROS <input type="checkbox"/></p> <p>..... <input type="checkbox"/></p> <p>..... <input type="checkbox"/></p> <p>..... <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
14°	<p>CLASE</p> <p>CLASE I <input type="checkbox"/></p> <p>CLASE II..... <input type="checkbox"/></p> <p>CLASE III..... <input type="checkbox"/></p> <p>CLASE IV..... <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
15°	<p>ACTIVIDAD QUE REALIZA EL ESTABLECIMIENTO CON PRODUCTOS MÉDICOS</p> <p>- COMERCIO POR MAYOR <input type="checkbox"/></p> <p>- COMERCIO POR MENOR <input type="checkbox"/></p> <p>- SELECCIÓN, ADQUISICIÓN, ALMACEN. Y DISTRIB. EN CENTROS ASISTENCIALES <input type="checkbox"/></p> <p>- ALMACEN. Y DISTRIB. DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO RE-UTILIZABLE <input type="checkbox"/></p> <p>* CENTRO DE ESTERILIZACIÓN PROPIO..... <input type="checkbox"/></p> <p>* CENTRO DE ESTERILIZACIÓN TERCERIZADO..... <input type="checkbox"/></p> <p>- REPARACIÓN DE EQUIPAMIENTO APARATO O SISTEMA DE USO O APLICACIÓN MÉDICA U ODONTOLÓGICA CLASIFICADO COMO PRODUCTO MÉDICO <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
16°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO SUPERVISOR TECNICO:</p> <p>.....</p> <p>D.N.I. (adjuntar copia en formato PDF)</p> <p>NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF):</p> <p>DOMICILIO:</p> <p>TELÉFONOS:</p> <p>HORARIO DEL FARMACÉUTICO:</p>	<input type="checkbox"/>
17°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL INGENIERO BIOMEDICO O BIOINGENIERO SUPERVISOR:</p> <p>.....</p> <p>D.N.I. (adjuntar copia en formato PDF):</p> <p>NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF):</p> <p>DOMICILIO:</p> <p>TELÉFONOS:</p> <p>HORARIO DEL INGENIERO BIOMEDICO O BIOINGENIERO.....</p>	<input type="checkbox"/>
18°	<p>ACTIVIDAD QUE REALIZARÁ EL ESTABLECIMIENTO CON PRODUCTOS BIOMÉDICOS</p> <p>COMERCIO POR MAYOR <input type="checkbox"/></p> <p>COMERCIO POR MENOR <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
19°	SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
20°	ARANCEL POR TRANSFORMACION DE FONDO DE COMERCIO, RESOLUCIÓN N° 2899/2020.	<input type="checkbox"/>

21°	SOLICITUD DE TRANSFORMACION SOCIETARIA SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL ANTERIOR PROPIETARIO Y POR EL NUEVO PROPIETARIO, POR EL FARMACEUTICO SUPERVISOR TECNICO, INGENIERO BIOMEDICO O BIOINGENIERO. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<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 ANTERIOR

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

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN INGENIERO MEDICO Y/O
BIOINGENIERO

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO
SUPERVISOR TÉCNICO

REVISIÓN: 06/2022