

## GUIA DE TRAMITE

Trámite	<b>Disolución de una Sociedad de Hecho a Persona Física o Jurídica en Farmacias</b>
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la disolución de una sociedad de hecho a persona física o jurídica propietarios de una farmacia. (Decreto N°355/09 – Ley N°19550) “Se exceptúan las Sociedades Anónimas”
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: M5500
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	<p>Los propietarios de una farmacia deberán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completar Solicitud de Disolución de una Sociedad de Hecho a Persona Física o Jurídica en Farmacias (ANEXO XXV) con documentación completa, firmada por las personas físicas de la sociedad de hecho anterior, del Director Técnico y nuevos propietarios ya sea persona física o jurídica.</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. 25° Decreto Reglamentario N°355/09.</p> <p>Para el caso en que se presente junto a la disolución de la SH un Cambio de Dirección Técnica, se deberá iniciar expediente por separado (Solicitud ANEXO VII).</p> <p>Para el caso que con la disolución de la SH se solicite Cambio de Nombre, el interesado deberá presentar Anexo XXII, firmado por la parte vendedora y compradora, fotocopia de CUIT y se formará otro Expediente por el que se tramitará Cambio de Nombre.</p>
Arancel Resol. N° 2899/2020	\$5.457.-
Solicitud	TRANSFORMACIÓN DE PROPIEDAD UNIPERSONAL A UN TIPO SOCIAL - <b>ANEXO XXV</b>

REVISIÓN: 06-2022

## SOLICITUD DE DISOLUCIÓN DE SOCIEDAD DE HECHO A PERSONA FÍSICA O JURÍDICA DE FARMACIAS

### ANEXO XXV FARMACIA

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 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 SOCIEDAD DE HECHO ..... <input type="checkbox"/>  NOMBRE DE LOS INTEGRANTES                      DNI (adjuntar copia en formato PDF) ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/>  DOMICILIO REAL ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/>  DOMICILIO LEGAL ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/>  TELÉFONOS ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4°	<p><b>DATOS DE LA PROPIEDAD NUEVA:</b></p> <p>NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SCS CUALQUIERA DE LOS SOCIOS) ..... <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.	<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°	DISOLUCIÓN DE LA SOCIEDAD DE HECHO, CERTIFICADA POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<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>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p><b>13.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p>13.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>13.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>13.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto 2076/19).</b> <input type="checkbox"/>                  NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFICIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p><b>13.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decreto. 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.6 DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA.</b> (Art.16°, Dto. 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXC XII) <input type="checkbox"/></p>	
14°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO:                  .....                  DNI: (adjuntar copia en formato PDF) .....                  NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): .....                  DOMICILIO: .....                  TELÉFONOS: .....                  HORARIO DEL FARMACÉUTICO (art.26° Dec. N° 2076/19):                  .....</p>	<input type="checkbox"/>
15°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1:                  .....                  DNI: (adjuntar copia en formato PDF) .....                  NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): .....                  HORARIO: .....</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2:                  .....                  DNI: (adjuntar copia en formato PDF) .....                  NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): .....                  HORARIO: .....</p>	<input type="checkbox"/>
16°	<p>CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)</p> <p>FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/></p> <p>FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
17°	<p>ARANCEL POR MODIFICACIÓN DE PROPIEDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N° 2899/2020.</p>	<input type="checkbox"/>
18°	<p>SOLICITUD DE DISOLUCIÓN DE SOCIEDAD DE HECHO A PERSONA FÍSICA O JURÍDICA DE FARMACIAS, SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO Y POR EL ANTERIOR PROPIETARIO DE LA FARMACIA Y POR EL NUEVO PROPIETARIO. (Último Párrafo Art.6° Dto .N° 2076/19)                  DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA.                  FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.</p>	<input type="checkbox"/>

---

**“EL TRÁMITE SE HARÁ EFECTIVO 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 FARMACÉUTICO DIRECTOR  
TÉCNICO

REVISIÓN: 06-2022