

GUIA DE TRAMITE

Trámite	VENTA/TRANSFERENCIA/CESIÓN DE ACCIONES EN SOCIEDADES ANONIMAS
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Venta/Transferencia/Cesión de Acciones en Sociedad Anónimas. (Decreto N°355/09 – Ley N°19550)
Presentación	La solicitud se presenta por correo electrónico al mail deptofarmacia@mendoza.gov.ar escaneada, legible y en formato PDF.
Responsable	Farm. 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: M5500
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	Los propietarios de una farmacia deberán: - Completar Solicitud de Venta/Transferencia/Cesión de Acciones en Sociedad Anónimas (ANEXO XXVI) con documentación completa, firmada por las personas físicas de la sociedad de hecho anterior, de la sociedad nueva y del Farmacéutico Director Técnico. - Constancia de inscripción en AFIP, CUIT y denominación. - Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según Resolución N° 2899/2020. IMPORTANTE: Deberá tenerse en cuenta la vigencia del Art. 25º Decreto Reglamentario N°355/09. Para el caso en que se presente junto a la Venta/Transferencia/Cesión de Acciones en Sociedad Anónimas un Cambio de Dirección Técnica, se deberá iniciar expediente por separado (Solicitud ANEXO VII). Para el caso que la Venta/Transferencia/Cesión de Acciones en Sociedad Anónimas 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.
Arancel Resol. N° 2899/2020	\$5.457.-
Solicitud	VENTA/TRANSFERENCIA/CESION DE ACCIONES EN SOCIEDAD ANONIMAS - ANEXO XXVI

REVISIÓN: 06/2022

VENTA/TRANSFERENCIA/CESIÓN DE ACCIONES EN SOCIEDADES ANONIMAS

FARMACIA/DROGUERÍA ANEXO XXVI

Mendoza, ____/____/____.-

Sra. Jefa
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: NOMBRE DE LA RAZON SOCIAL DE LA PERSONA JURIDICA (S.A.) <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL <input type="checkbox"/> TELÉFONOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4°	CESIÓN DE ACCIONES INSCRIPTA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO	<input type="checkbox"/>

5°	<p>NOMBRE DEL APODERADO LEGAL DE LA S.A (si tuviere) Inscripción del Poder en el Registro Públicos de Mandatos de la Provincia de Mendoza</p> <p>NOMBRE DEL PRESIDENTE DE LA S.A. (Representante Legal) (art. 6º, inciso c) Decreto N° 2076/19)</p> <p>En caso de que hubiese cambiado el Presidente de la S.A deberá presentar: Inscripción del Acta de Asamblea con el Nuevo Presidente en la Dirección de Personas Jurídicas de la Provincia de Mendoza</p> <p>.....</p> <p>NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO</p> <p>.....</p> <p>DOMICILIO REAL</p> <p>.....</p> <p>DOMICILIO LEGAL</p> <p>.....</p> <p>TELÉFONOS</p> <p>.....</p> <p>PROFESIÓN</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
6°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN.	<input type="checkbox"/>
7°	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"/>
8°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FISICA/JURIDICA Y EL PRESIDENTE DE LA S.A. NO SE ENCUENTRAN CONCURSADOS NI FALLIDOS. (Art.6º Inc. c) y d) Dto. 2076/19).	<input type="checkbox"/>
9°	CERTIFICADO EMITIDO POR EL REGISTRO DE INHIBICIONES DEL REGISTRO PÚBLICO Y ARCHIVO JUDICIAL DE MENDOZA QUE ACREDITE QUE EL PRESIDENTE DE LA S.A. NO SE ENCUENTRA INHIBIDO PARA EJERCER ACTOS DE COMERCIO. (Art.6º Inc. c) y d) Dto. 2076/19).	<input type="checkbox"/>
10°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p>10.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7º Inc. a) Decreto 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>10.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>10.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>10.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p>10.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7º Inc. b) Decreto 2076/19). <input type="checkbox"/></p> <p>NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p>10.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO <input type="checkbox"/></p> <p>10.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10º Decreto 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>10.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11º Decreto. 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>10.6 DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA. (Art.16º, Dto. 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXC XII, A-B <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>

11°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO: DNI: (adjuntar copia en formato PDF) NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO:	<input type="checkbox"/>
12°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: DNI (adjuntar copia en formato PDF): NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: DNI: (adjuntar copia en formato PDF) NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): HORARIO:	<input type="checkbox"/>
13°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14°	ARANCEL RESOLUCIÓN Nº 2899/2020	<input type="checkbox"/>
15°	SOLICITUD DE VENTA/TRANSFERENCIA/ CESION DE ACCIONES EN SOCIEDADES ANONIMAS SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO, POR EL ANTERIOR PROPIETARIO DE LA FARMACIA Y POR EL NUEVO PROPIETARIO DE LA FARMACIA. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>

“LA TRANSFERENCIA 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 FARMACÉUTICO DIRECTOR
 TÉCNICO

REVISIÓN: 06-2022