

## GUIA DE TRAMITE

Trámite	<b>Habilitación de Farmacias</b>
Descripción	Requisitos para la Habilitación de una Farmacia. Documentación que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley Nº 7303, Decreto Reglamentario Nº 355/09, Nº 2076/19 y Resolución Nº 3586/09.
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	Farmacéutica 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>Las prioridades de habilitación se evaluarán previo a ser otorgadas según lo establecido en los Art. 1º, 2º, 3º Ley 7303, Art. 2º, 3º, 4º Decreto 2076/19 y Art. 1º, 2, y 3º Resolución 3586/09.</p> <p><b>1- Cuando la relación farmacias existentes/cantidad de habitantes del Distrito permita habilitar una farmacia.</b></p> <p>El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>1.1-</b> Nota firmada, solicitando pedido de FACTIBILIDAD, para efectuar la habilitación de una farmacia, indicará el nombre de la farmacia y datos del propietario, <b>informar si se trata de un local en construcción o no.</b></li> <li><b>1.2-</b> Certificado de densidad poblacional emitido por la Dirección de Estadística e Investigaciones Económicas de la Provincia de Mendoza (DEIE) según los datos del último censo. (Art. 2º Decreto Nº 2076/19).</li> <li><b>1.3-</b> Certificado de distancia desde el local propuesto hasta las Farmacias más cercanas emitido por el Organismo Municipal que corresponda y de acuerdo con exigencia de Resolución Nº 3586/09 y Art. 3º Decreto Nº 2076/19.</li> <li><b>1.4-</b> Croquis del local con distribución de áreas, aclarando la ubicación geográfica, dimensiones y superficie cubierta total y firmado por el solicitante.</li> <li><b>1.5-</b> Constancia de Nº de CUIT/CUIL del Propietario.</li> <li><b>1.6-</b> Constancia de Contribuyente Local del propietario o de la razón social del establecimiento.</li> </ul> <p><b>2- Cuando la relación farmacias existentes/cantidad de habitantes del Distrito NO permita habilitar una farmacia.</b></p> <p>El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>2.1-</b> Nota firmada, solicitando pedido de FACTIBILIDAD, para efectuar la habilitación de una farmacia, indicará el nombre de la farmacia y datos del propietario, informar si se trata de un local en construcción o no.</li> <li><b>2.2-</b> El Departamento de Farmacia solicitará a la Dirección de Estadística e Investigaciones Económicas de la Provincia de Mendoza (DEIE), un informe con la</li> </ul>

	<p>estimación demográfica del Distrito, a fin de verificar el cumplimiento de dicha relación. (Art. 2º Decreto Nº 2076/19).</p> <p><b>2.3-</b> En caso que la proyección poblacional informada por la DEIE permita la habilitación de una farmacia en los términos del Art. 2º Decreto 2076/19, el interesado será notificado para seguir el trámite de acuerdo a los puntos <b>1.3 al 1.6 del Párrafo 1.</b></p> <p><b>3- Notificación</b></p> <p><b>Evaluada la documentación de los puntos 1 y 2, el Departamento de Farmacia notificará al interesado de manera fehaciente, respecto a la Factibilidad o No para la habilitación de la farmacia y en su caso otorgará el plazo, según se trate de un local construido (noventa (90) días corridos) o en construcción de nuevo local (doce (12) meses), contado a partir de la fecha de presentación de la documentación. (Resolución Nº 3586/09)</b></p> <p>El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:  <b>- Solicitud de Habilitación de Farmacias (ANEXO I) perfectamente llena y con la documentación completa.</b></p>
Finalización del trámite.	El trámite de habilitación concluye con la presentación de constancias de vales oficiales y facturas de adquisición de morfina y fenobarbital Art. 15º Inc. d) Decreto 2076/19.
Arancel Resol Nº546/2023	<b>Unidades Fijas: 2.021</b>
Solicitud	<b>ANEXO I: “SOLICITUD DE HABILITACION DE FARMACIAS”  “LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y SU CORRESPONDIENTE NOTIFICACIÓN”</b>

REVISIÓN: 04-2023

## SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE FARMACIAS ANEXO I

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

Sra. Jefa  
 Departamento de Farmacia  
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes.  
 Farmacéutica Patricia Moreno  
 S \_\_\_\_ / \_\_\_\_ D

De conformidad con 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 PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ..... <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA ..... <input type="checkbox"/> TIPO y NUMERO 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°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN,	<input type="checkbox"/>
5°	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"/>
6°	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"/>

7°	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"/>
8°	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"/>
9°	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"/>
10°	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"/>
11°	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
12°	DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art.6° Inc. e) Dto. N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
13°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
14°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p><b>14.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p><b>14.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto 2076/19).</b> <input type="checkbox"/></p> <p>NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NI PREPARAR MEDICAMENTOS OFICIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p><b>14.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO</b></p> <p><b>14.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>14.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decr. N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>14.6 DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA (Art.16°, Dto. N° 2076/19).</b> <input type="checkbox"/></p> <p>UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA HORARIA ANEXO XII, A-B</p>	<input type="checkbox"/>
15°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: .....</p> <p>MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): .....</p> <p>DNI (adjuntar copia en formato PDF): .....</p> <p>DOMICILIO: .....</p> <p>TELÉFONOS: .....</p> <p>HORARIO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO: .....</p>	<input type="checkbox"/>

15°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DNI (adjuntar copia en formato PDF): ..... HORARIO: .....  NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DNI (adjuntar copia en formato PDF): ..... HORARIO: .....	
16°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17°	RÓTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO ( Art. 28° Ley N° 17565 y Art 28° Decreto N° 3857/69)	<input type="checkbox"/>
18°	ARANCEL POR HABILITACIÓN, RESOLUCIÓN N°546/23	<input type="checkbox"/>

**IMPORTANTE:** La solicitud de habilitación debe ser suscripta en forma conjunta por el propietario de la farmacia, el farmacéutico director técnico, farmacéuticos auxiliares (último párrafo Art.6° Dto. N°2076/19). Las firmas junto a su aclaración deben estar certificadas ante escribano público.

**“LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL 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

.....  
 FIRMA Y ACLARACION FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1

.....  
 FIRMA Y ACLARACION FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2

REVISIÓN: 04-2023