

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Traslado de Farmacia
Descripción	Requisitos para el Traslado de una Farmacia. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función de lo dispuesto por Decreto N° 2076/19. modificatorio del Art. 5° Decreto Reglamentario N° 355/09 y Resolución N° 3586/09.
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: M5500CCB
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: 1.1- Nota firmada, solicitando pedido de FACTIBILIDAD, para efectuar el traslado de una farmacia, indicando la propiedad de la farmacia, informar si se trata de un local en construcción o no. 1.2- <u>Certificado de distancia</u> emitido por el Organismo Municipal que corresponda, teniendo en cuenta las distancias desde el local actual de la farmacia al nuevo local de traslado dentro de la misma sección y/o distrito, cuya medición deberá efectuarse de acuerdo con exigencia de Resolución N°3586/09 y Decreto N° 2076/19. 1.3- <u>Certificado de distancia</u> desde el local propuesto hasta las Farmacias más cercanas emitido por el Organismo Municipal que corresponda y de acuerdo con exigencia de Resolución N°3586/09 y Decreto N° 2076/19. 1.4- Croquis o plano del local con distribución de áreas, aclarando la ubicación geográfica y propiedad. 1.5- Constancia de N° de CUIT de la Razón Social Propietaria de la Farmacia. 1.6- Constancia de Contribuyente Local de la Razón Social Propietaria de la Farmacia.

	<p>2- El Departamento de Farmacia notificará al interesado por ACTA, de la Factibilidad o No, para el Traslado de la farmacia y del vencimiento de los plazos a otorgar, según se trate de un local construido noventa (90) días corridos o de construcción de nuevo local doce (12) meses.</p> <p>Se entregará “Solicitud de Traslado de Farmacias <u>ANEXO XI</u>” si corresponde.</p> <p>El interesado deberá presentar “Solicitud de Traslado de Farmacias <u>ANEXO XI</u>” dentro de los plazos otorgados, <u>con documentación completa, firmas certificadas y abonado el arancel correspondiente según Resol N° 2899/2020.</u></p>
Arancel Resol N° 2899/2020	\$5457.-
Solicitud	<p>ANEXO XI “SOLICITUD DE TRASLADO DE FARMACIA”</p> <p>“EL TRASLADO SE HARÁ EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y POSTERIOR NOTIFICACIÓN”</p>

REVISIÓN: 08-2022

SOLICITUD DE TRASLADO DE FARMACIA ANEXO XI

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: DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
2°	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA <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"/>
3°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN	<input type="checkbox"/>
4°	NUEVO DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
5°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
6°	DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art 6° inc. e) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>

7°	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"/>
8°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO ACTUAL:</p> <p>a) CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/> PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/> PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/> FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p>b) SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto N° 2076/19). <input type="checkbox"/> NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p>c) CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO <input type="checkbox"/></p> <p>d) CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>e) CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>f) DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA. (Art.16°, Dto. N° 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXC XII, A-B) <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
9°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO EN NUEVO LOCAL:</p> <p>a) CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/> PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/> PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/> FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p>b) SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto N° 2076/19). <input type="checkbox"/> NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p>c) CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO <input type="checkbox"/></p> <p>d) CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>e) CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>f) DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA. (Art.16°, Dto. N° 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXC XII, A-B) <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
10°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO: </p> <p>MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF):</p> <p>DNI (adjuntar copia en formato PDF):</p> <p>DOMICILIO:</p> <p>TELÉFONOS:</p>	<input type="checkbox"/>
11°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: </p>	<input type="checkbox"/>



	MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF):	
12°	ANTIGÜEDAD DESDE LA HABILITACION DE LA FARMACIA:AÑOS. RESOLUCION N°AÑO:.....(Adjuntar copia de Resolución de Habilitación)	<input type="checkbox"/>
13°	SELLO REGLAMENTARIO INDICANDO EL NUEVO DOMICILIO	<input type="checkbox"/>
14°	ARANCEL POR TRASLADO, RESOLUCIÓN N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>

“EL TRASLADO SE HARA EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL Y SU POSTERIOR 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: 08-2022