GUIA DE TRAMITE

Trámite	**Habilitación Servicio de Farmacia**
Descripción	Requisitos para la Habilitación de un Servicio de Farmacia. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley Nº 7303, Decreto Reglamentario Nº 355/09 y Nº 2076/19.
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	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia: - **Solicitud de Habilitación de Servicio de Farmacia (ANEXO II) perfectamente llena y con la documentación completa.** - Nota indicando convenios con instituciones si corresponde. - CUIT del interesado. - Abonar arancel si corresponde según Resol Nº546/23
Arancel Resol Nº 546/23	UNIDADES FIJAS: 1.011
Solicitud	**ANEXO II "SOLICITUD DE HABILITACION DE SERVICIO DE FARMACIA"** **"LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y SU CORRESPONDIENTE NOTIFICACIÓN."**

REVISIÓN: 04-2023

SOLICITUD DE HABILITACION DE SERVICIO DE FARMACIA
ANEXO II

Mendoza, _____/_____/_____. -

Sra. Jefa
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 INSTITUCIÓN:	☐
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO: ..... CORREO ELECTRÓNICO:	☐
3°	COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS BRINDADOS SIN INTERNACIÓN: SI ☐ NO ☐ CON INTERNACIÓN: SI ☐ NO ☐ NÚMERO DE CAMAS:	☐
4°	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ..... ☐ NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA ..... ☐ NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (adjuntar copia en formato PDF) ..... ☐ DOMICILIO REAL ..... ☐ DOMICILIO LEGAL ..... ☐ TELÉFONOS ..... ☐ PROFESIÓN ..... ☐	☐
5°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN	☐
6°	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA FISICA / RAZON SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). EXCLUYENTE	☐

7°	RESOLUCION DE HABILITACION DEL CENTRO ASISTENCIAL EMITIDO POR SUBDIRECCION DE FISCALIZACIONES Y HABILITACIONES.	☐
8°	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PUBLICO, EL QUE DEBE INCLUIR LA INSTALACION DE UN SERVICIO DE FARMACIA COMO OBJETO SOCIAL Y ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7° Ley Nº 19550 y Art. 6° Inc. c) Decreto Nº 2076/19). ACREDITAR PERSONERIA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA (S.A.: ÚLTIMA ACTA DE DIRECTORIO – SRL: SOCIO GERENTE- SOCIEDAD COLECTIVA: SOCIO DESIGNADO).	☐
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. Nº 2076/19)	☐
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. Nº 2076/19).	☐
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. Nº 2076/19).	☐
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.Nº 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 Nº 22117).	☐
13°	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto.Nº 2076/19)	☐
14°	DOS PLANOS DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS Y LEGALIZADO. (Art.6° Inc. e) Dto. Nº 2076/19)	☐
15°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto Nº 2076/19)	☐
16°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE / DIRECTOR TÉCNICO: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DNI (adjuntar copia en formato PDF): ……. DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO ……	
17°	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 FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: ..... MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): ..... DNI (adjuntar copia en formato PDF): ……. HORARIO: ……	☐

18°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO RESPONSABLE /DIRECTOR TÉCNICO ☐ FARMACÉUTICO ADSCRIPTO ☐	☐
19°	LISTADO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES Y/O INSUMOS SANITARIOS (Art. 13º Dec. 2076/19)	☐
20°	ROTULO Y SELLO REGLAMENTARIO. (Art. 28º Ley Nº17565 y Art 28º Decreto Nº3857/69)	☐
21°	ARANCEL POR HABILITACION, SI CORRESPONDE, RESOLUCION Nº546/23	☐

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. Nº2076/19). 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 FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1

FIRMA Y ACLARACION FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2

REVISIÓN: 04-2023