

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Habilitación de Droguerías
Descripción	Requisitos para la Habilitación de una Droguería. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley N° 2577/59, Ley N° 17565, Decreto Reglamentario N° 3857/69 y Ley N° 7303/04.
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 Droguería (ANEXO IV), perfectamente llena y con la documentación completa. - Constancia de N° CUIT del Propietario o de la Persona Jurídica. - Constancia de Contribuyente Local de la razón social del establecimiento (<i>Excluyente</i>). - Abonar arancel si corresponde según Resol N°546/2023.
Arancel Resol. N° 546/23	Unidades Fijas :2.274
Solicitud	ANEXO IV “SOLICITUD DE HABILITACION DE DROGUERIA” “LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y SU CORRESPONDIENTE NOTIFICACIÓN”

REVISIÓN: 04/2023

HABILITACION DE DROGUERIAS DEPOSITOS - DROGUERIAS INDUSTRIALES ANEXO IV

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 DROGUERIA:	<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"/> 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"/>
4°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº 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. INSCRIPCION EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7° Ley 19550) 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"/>
8°	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"/>
9°	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) 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"/>
10°	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"/>
11°	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"/>
12°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
13°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: MATRÍCULA PROFESIONAL (adjuntar copia en formato PDF): DNI (adjuntar copia en formato PDF): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO	<input type="checkbox"/>
14°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15°	LISTADO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES Y/O INSUMOS SANITARIOS QUE COMERCIALIZARA.	<input type="checkbox"/>
16°	ROTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
17°	ARANCEL POR HABILITACION SI CORRESPONDE, RESOLUCION N° 546/2023	<input type="checkbox"/>

18°	SOLICITUD DE HABILITACION SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO Y POR EL PROPIETARIO DE LA DROGUERIA. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO Y DEL PROPIETARIO	<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