

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Habilitación de Farmacias Propiedad de Mutualidades, Obras Sociales o Sindicatos y Medicina Prepaga.
Descripción	Requisitos para la Habilitación de una Farmacia. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley N° 7303, Resolución N° 3586/09, Decreto Reglamentario N° 355/09 y Decreto Reglamentario N° 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: 1- Habilitación de Farmacias Propiedad de Mutualidades, Obras Sociales o Sindicatos y Medicina Prepaga (ANEXO XI), firmada por representante legal y director técnico con firmas legalizadas por escribano público. 2- Presentar 2 planos del local con distribución de áreas, indicando dimensiones y superficie cubierta total. 3- Copia del Estatuto Social que incluya en su objeto, la instalación de farmacia. El local deberá ser interno, sin salida directa a la calle y formar parte de las instalaciones de la entidad a que pertenecen. La habilitación de estas farmacias está eximida de los requisitos de densidad poblacional. No pueden atender al público en general, debiendo limitar el otorgamiento de sus beneficios a las personas comprendidas en sus estatutos, no pudiendo ser explotadas por concesionarios. En caso de atención de afiliados de otras entidades se deberá presentar los convenios respectivos de atención.
Arancel Resol. N°546/23	UNIDADES FIJAS: 2.021
Solicitud	ANEXO VI “SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE FARMACIAS DE MUTUALIDAD, OBRAS SOCIALES, SINDICATOS Y MEDICINA PREPAGA”. “LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y POSTERIOR NOTIFICACIÓN”.

REVISIÓN: 04-2023

SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE FARMACIAS DE MUTUALIDAD, OBRAS SOCIALES, SINDICATOS Y MEDICINA PREPAGA

ANEXO VI

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 FARMACIA:	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE RAZÓN SOCIAL PROPIETARIA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL <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) – 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 ESTATUTO, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>
7°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE MUTUALIDADES. 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>14.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19) <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>14.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto N° 2076/19). <input type="checkbox"/></p> <p>NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFICIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p>14.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
	<p>14.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Dto. N° 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.6 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>	
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 </p>	<input type="checkbox"/>

	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:	
16°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17°	ROTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>
18°	ARANCEL POR HABILITACION, RESOLUCION N°546/23	<input type="checkbox"/>
19°	SOLICITUD DE HABILITACION SUSCRITA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO, FARMACEUTICOS AUXILIARES Y POR EL REPRESENTANTE DE LA FARMACIA DE MUTUALIDAD, OBRA SOCIAL, SINDICATO Y MEDICINA PREPAGA. (Último párrafo Art.6° Dto. N° 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>

IMPORTANTE: La solicitud de habilitación debe ser suscripta en forma conjunta por el farmacéutico director técnico, farmacéuticos auxiliares y por el representante de la farmacia de mutualidad, obra social, sindicato y medicina prepaga. (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