

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 | <p>El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:</p> <ol style="list-style-type: none">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°546/23</u></p> |
| Arancel Resol N°546/23 | UNIDADES FIJAS: 455 |
| Solicitud | ANEXO XI “SOLICITUD DE TRASLADO DE FARMACIA” “EL TRASLADO SE HARÁ EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL Y POSTERIOR NOTIFICACIÓN” |

REVISIÓN: 04-2023

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° | NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: 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): | <input type="checkbox"/> |
| 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°546/2023 | <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: 04-2023