

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Declaración Jurada de Horarios de Atención al Público y de los Profesionales Farmacéuticos de una Farmacia.
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para notificar el horario de atención al público y notificar los Profesionales Farmacéuticos de una Farmacia.
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	<p>El interesado deberá completar:</p> <p>1- Declaración Jurada adjunta (ANEXO XII A) perfectamente llena y con la documentación completa en el mes de abril de cada año.</p> <p>“En caso de producirse altas y bajas de Farmacéuticos Adscriptos, estas deben comunicarse por nota que deberá enviarse al correo electrónico escaneado junto con Matrícula Profesional y Documento de Identidad de los profesionales al Departamento de Farmacia (Artículo 31º último párrafo, Decreto N° 355/09).”</p> <p>Se les recuerda a los señores propietarios y/o profesionales farmacéuticos:</p> <p>- Vigencia del Art. 16º Decreto N°2076/19: De los horarios de las farmacias”: <i>“Sustitúyase el Artículo 26 del Decreto N°355/09 y sus modificatorias el que quedará redactado de la siguiente manera: "Artículo 26- a) Las Farmacias deberán permanecer abiertas al público un mínimo de ocho (8) horas diarias de lunes a viernes, distribuidas en horarios de mañana y tarde y el sábado un mínimo de cuatro (4) horas, pudiendo optar por cumplir Turno Voluntario en los siguientes horarios: 1) Las 24 hs. los 365 días del año 2) De 9.00 a 24.00 hs. los 365 días del año 3) Dentro de la franja horaria de 9.00 a 22.00 hs. de Lunes a Domingo y feriados, las farmacias podrán elegir el horario a cumplir. b) Las farmacias que opten por realizar cualquiera de los tipos de Turno Voluntarios, previstos en el presente artículo deben comunicar al Departamento de Farmacia el horario seleccionado. La comunicación a la que se alude precedentemente deberá efectuarse bajo declaración jurada todos los años en el mes de abril, consignando el horario de atención del establecimiento y el Turno Voluntario elegido si correspondiera, nombre del director técnico y nombre de los farmacéuticos auxiliares designados, con la conformidad del propietario. Solo se podrá renunciar al Turno Voluntario otorgado por razones de fuerza mayor, lo que deberá ser comunicado al Departamento de Farmacia fehacientemente y no podrá efectuar nueva petición hasta el mes de abril del año siguiente. El Departamento de Farmacia confeccionará un registro de farmacias de Turno Voluntario. En caso de incumplimiento del Turno Voluntario comunicado por declaración jurada y/o ausencia de profesional farmacéutico, la autoridad sanitaria podrá revocar dicha autorización, sin perjuicio que las Farmacias afectadas sean notificadas en forma fehaciente por la autoridad sanitaria. c) Aquellas farmacias que deseen realizar un horario mayor de ocho (8) horas corridas, en ningún caso lo podrán hacer sin la presencia del profesional farmacéutico, por lo que deberán contar indefectiblemente con un profesional por cada módulo de ocho (8) horas corridas”.</i></p> <p>- Vigencia del Art. 29º Decreto N°355/09: <i>“Cuando se constate el incumplimiento tanto del obligatorio, del horario declarado por aquellas farmacias que opten abrir sus puertas más de ocho (8) horas diarias o la ausencia del profesional farmacéutico, la autoridad de aplicación se encuentra facultada a aplicar una multa de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2136/05 MS o las que la modifiquen o sustituyan en el futuro”.</i></p>
Solicitud	ANEXO XII A

REVISIÓN: 04-2023

DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO Y DE LOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS DE UNA FARMACIA

ANEXO XII A

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°	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA:	<input type="checkbox"/>
4°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO (Art. 16° Dto. N° 2076/19):	<input type="checkbox"/>
5°	<p>RÉGIMEN HORARIO: 8 HORAS DIARIAS MÍNIMAS DE LUNES A VIERNES, DISTRIBUIDAS EN HORARIOS DE MAÑANA Y TARDE Y EL SÁBADO 4 HORAS MÍNIMO.</p> <p>LUNES A VIERNES DE.....HS A.....HS (MAÑANA) Y DE.....HS A.....HS (TARDE) SÁBADO DE.....HS AHS</p> <p><u>TURNOS VOLUNTARIOS</u></p> <p>LAS FARMACIAS PODRÁN ELEGIR EL HORARIO A CUMPLIR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LAS 24 HS LOS 365 DIAS DEL AÑO. <input type="checkbox"/> • DE 9 A 24 HS LOS 365 DIAS DEL AÑO. <input type="checkbox"/> • DENTRO DE LA FRANJA HORARIA DE 9 A 22 HS. <input type="checkbox"/> <p>DE LUNES A DOMINGO Y FERIADOS.</p> <p>LUNES A VIERNES DEHS A..... HS (MAÑANA) Y DE..... HS A.....HS (TARDE) SABADO DE..... HS A..... HS (MAÑANA) Y DE..... HS A.....HS (TARDE) DOMINGO DE..... HS A..... HS (MAÑANA) Y DE..... HS A.....HS (TARDE) FERIADOS DE..... HS A..... HS (MAÑANA) Y DE..... HS A.....HS (TARDE)</p>	<input type="checkbox"/>

6°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	□
	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	
	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 3: NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	
	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 4: NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19)	

.....
FIRMA Y ACLARACION DEL PROPIETARIO/
REPRESENTANTE LEGAL DE LA RAZON SOCIAL

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN DIRECTOR
TÉCNICO

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO
ADSCRIPTO 1

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO
ADSCRIPTO 2

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO
ADSCRIPTO 3

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN FARMACÉUTICO
ADSCRIPTO 4

SE LES RECUERDA A LOS SEÑORES PROPIETARIOS Y A LOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS, LA VIGENCIA DEL ART. 16° DECRETO N°2076/19 “DE LOS HORARIOS DE LAS FARMACIAS” y DEL ART. 29° DEL DECRETO N°355/09.

REVISIÓN: 04-2023