GUIA DE TRAMITE

Trámite	**CESION DE CUOTAS SOCIALES SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA**
Descripción	Requisitos por presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la cesión de Cuotas Sociales Sociedad de Responsabilidad Limitada. (Decreto Nº355/09 – Ley Nº19550- Decreto 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: M5500
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	Los propietarios del establecimiento deberán: - Completar Solicitud de Cesión de Cuotas Sociales Sociedad de Responsabilidad Limitada (ANEXO XXIV) con documentación completa, firmada por las personas físicas de la sociedad de hecho anterior, de la sociedad nueva y del Farmacéutico Director Técnico. - Constancia de inscripción en AFIP, CUIT y denominación. - Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según Resolución Nº546/23 IMPORTANTE: Deberá tenerse en cuenta la vigencia del Art. 25º Decreto Reglamentario Nº355/09. Para el caso en que se presente junto a la Cesión de Cuotas Sociales Sociedad de Responsabilidad Limitada un Cambio de Dirección Técnica, se deberá iniciar expediente por separado (Solicitud ANEXO VII A). Para el caso que Cesión de Cuotas Sociales Sociedad de Responsabilidad Limitada se solicite Cambio de Nombre, el interesado deberá presentar Anexo XXII, firmado por la parte vendedora y compradora, fotocopia de CUIT y se formará otro Expediente por el que se tramitará Cambio de Nombre.
Arancel Resol. N°546/23	455 UNIDADES FIJAS
Solicitud	Cesión de Cuotas Sociales Sociedad de Responsabilidad Limitada - **ANEXO XXIV**

REVISIÓN: 12-2023

CESION DE CUOTAS SOCIALES
SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
ANEXO XXIV

Mendoza, _____/_____/_____.-

Sra. Jefa
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 DEL ESTABLECIMIENTO:	☐
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO: ..... CORREO ELECTRÓNICO:	☐
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURIDICA (S.R.L.) ..... ☐ ..... DOMICILIO REAL ..... ☐ DOMICILIO LEGAL ..... ☐ TELÉFONOS ..... ☐	☐

4°	CESIÓN DE CUOTAS SOCIALES INSCRIPTA EN LA DIRECCION DE PERSONAS JURIDICAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA	☐
5°	ACTA SOCIAL CON DESIGNACIÓN DEL O LOS SOCIOS GERENTES INSCRIPTA EN LA DIRECCION DE PERSONAS JURIDICAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA (si no hubiese designación de un socio gerente, se deberá adjuntar la documentación de los puntos 8 y 9 para cada uno de los socios) SOC. GERENTE 1: NOMBRE APELLIDO - DOCUMENTO …… SOC. GERENTE 2: NOMBRE APELLIDO - DOCUMENTO …… SOC. GERENTE 3: NOMBRE APELLIDO - DOCUMENTO …… SOC. GERENTE 4: NOMBRE APELLIDO - DOCUMENTO ……	☐
6°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA AFIP. – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN	☐
7°	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA JURÍDICA, EMITIDO POR LA ADMINISTRACION TRIBUTARIA MENDOZA	☐
8°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA QUE ACREDITE QUE TANTO LA PERSONA JURIDICA, EL O LOS SOCIOS GERENTES DE LA S.R.L., EL/LOS CEDENTES COMO EL/LOS ADQUIRENTES NO SE ENCUENTREN CONCURSADOS NI FALLIDOS. (Art.6 inc. c) Dto. 2076/19)	☐
9°	CERTIFICADO EMITIDO POR EL REGISTRO DE INHIBICIONES DEL REGISTRO PÚBLICO Y ARCHIVO JUDICIAL DE MENDOZA, QUE ACREDITE QUE TANTO LA PERSONA JURIDICA, EL O LOS SOCIOS GERENTES DE LA S.R.L., EL/LOS CEDENTES COMO EL/LOS ADQUIRENTES NO SE ENCUENTREN INHIBIDOS PARA EJERCER ACTOS DE COMERCIO. (Art.6 inc. c) Dto. 2076/19)	☐
10°	APODERADO LEGAL DE LA S.R.L. (si tuviere, Poder inscripto en el Registro Públicos de Poderes y Mandatos de la Provincia de Mendoza) NOMBRE APELLIDO - DOCUMENTO …… DOMICILIO …….. TELEFONO …… PROFESIÓN	☐
11°	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, Dto. 2076/19) PLAZO DE VALIDEZ DEL CERTIFICADO: A PARTIR DE LA EMISION 5 DIAS, RESULTA DE LO DISPUESTO POR EL ART. 6° DEL DECRETO N° 2004/80 REGLAMENTARIO DE LA LEY 22117.	☐

12°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO: ……..	☐
13°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): ..... HORARIO: …… NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF): ..... HORARIO: ……	☐
14°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO ☐ FARMACÉUTICO ADSCRIPTO ☐	☐
15°	ARANCEL POR CESIÓN DE ACCIONES, RESOLUCIÓN Nº546/23	☐
16°	SOLICITUD DE CESION DE CUOTAS SOCIALES SRL, SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO Y POR LOS SOCIOS DE LA RAZON SOCIAL. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	☐

.....	.....
FIRMA, ACLARACIÓN Y DOCUMENTO SOCIO GERENTE Y/O APODERADO LEGAL	FIRMA, ACLARACIÓN Y DOCUMENTO DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 12-2023