

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Transferencia de Fondo de Comercio de Droguería
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la transferencia de fondo de comercio de droguerías.
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 nuevo propietario para efectuar una transferencia de fondo de comercio de Droguerías deberá - Constancia de inscripción en Administración Federal de Ingresos Publico (AFIP) (CUIT y denominación) y certificación por Administración Tributaria Mendoza (ATM) que es contribuyente local. - Completar Solicitud de Transferencia de Fondo de Comercio (ANEXO IX- B DROGUERÍA) con documentación completa, firmada por las personas físicas o representante legal, anterior, nuevo y del Director Técnico. - Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según Resolución N°546/23
Arancel Resol N°546/23	UNIDADES FIJAS: 455
Observaciones	Para el caso en que se presente junto a la Transferencia de Fondo de Comercio un Cambio de Dirección Técnica, se deberá iniciar expediente por separado (Solicitud ANEXO VII) y abonar el arancel correspondiente. Para el caso que con la transferencia de fondo de comercio se solicite Cambio de Nombre de la Droguería, el interesado deberá presentar Nota por separado firmada por la parte vendedora y compradora, fotocopia de CUIT y se formará otro Expediente por el que se tramitará Cambio de Nombre, debiendo abonar el arancel correspondiente (Ver Anexo XXII).
Solicitud	ANEXO IX -B "TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO DROGUERIA"

REVISIÓN: 12-2023

FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO DROGUERIAS

ANEXO IX B - DROGUERIA

Mendoza, ____/____/____. -

Sra. Jefa del
 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 ANTERIOR: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ANTERIOR <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SCS CUALQUIERA DE LOS SOCIOS) <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°	DATOS DE LA PROPIEDAD NUEVA: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SCS CUALQUIERA DE LOS SOCIOS) <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"/>	<input type="checkbox"/>

4°	<p>..... <input type="checkbox"/></p> <p>TELÉFONOS</p> <p>..... <input type="checkbox"/></p> <p>PROFESIÓN</p> <p>..... <input type="checkbox"/></p>	
5°	COPIA DE LA TRANSFERENCIA DEL FONDO DE COMERCIO CERTIFICADA, INSCRIPTA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO (Ley 11867).	<input type="checkbox"/>
6°	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7 Ley 19550), CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO. ACREDITAR PERSONERIA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA	<input type="checkbox"/>
7°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (adjuntar copia en formato PDF)	<input type="checkbox"/>
8°	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"/>
9°	DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (Art. 6°, Inciso c) Decreto 355/09).	<input type="checkbox"/>
10°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FISICA/JURÍDICA TANTO DEL COMPRADOR COMO DEL VENDEDOR, NO SE ENCUENTREN CONCURSADOS NI FALLIDOS. (Art.6° Inc. c) y d) Dto. 2076/19).	<input type="checkbox"/>
11°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE QUE EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA QUE COMPRA Y EL DE LA PERSONA JURIDICA QUE VENDE, NO SE ENCUENTRAN CONCURSADOS NI FALLIDOS. (Art.6° Inc. c) Dto. 2076/19).	<input type="checkbox"/>
12°	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, TANTO DEL COMPRADOR COMO DEL VENDEDOR, NO SE ENCUENTREN INHIBIDOS PARA EJERCER ACTOS DE COMERCIO. (Art.6° Inc. c) y d) Dto. 2076/19).	<input type="checkbox"/>
13°	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. 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"/>

14°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF)..... DNI: (adjuntar copia en formato PDF)..... DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO:.....</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF)..... DNI: (adjuntar copia en formato PDF) HORARIO:.....</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (adjuntar copia en formato PDF)..... DNI: (adjuntar copia en formato PDF)..... HORARIO:</p>	<input type="checkbox"/>
15°	<p>CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)</p> <p>FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/></p> <p>FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
16°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p>17.1 DROGUERÍA TIPO A <input type="checkbox"/></p> <p>17.2 DROGUERÍA TIPO B <input type="checkbox"/></p> <p>17.3 DROGUERÍA TIPO C <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
17°	<p>ARANCEL POR HABILITACION, RESOLUCION N°546/23</p>	<input type="checkbox"/>
18°	<p>SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO SUSCRITA EN FORMA CONJUNTA POR EL ANTERIOR PROPIETARIO, NUEVO PROPIETARIO Y POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO. (Último párrafo Art.6° Dto. 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.</p>	<input type="checkbox"/>

“LA HABILITACION SE HARA EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL”.

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROPIETARIO/
 REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN DEL NUEVO PROPIETARIO/
 REPRESENTANTE LEGAL

REVISIÓN: 12-2023