

GUÍA DE TRÁMITE

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 Nº 7303, Resolución Nº 3586/09, Decreto Reglamentario Nº 355/09 y Decreto Reglamentario Nº 2076/19.
Presentación	La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.
Responsable	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, aclarando la propiedad. 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)	2021 UF
Solicitud	ANEXO XI “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”

REVISIÓN: 12-2024

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

ANEXO XI

Mendoza, ____/____/____.-

Departamento de Farmacia
Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
Sra. Jefa
Farm. María Elsa García
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:	☐
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO:	☐
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD: NOMBRE RAZÓN SOCIAL PROPIETARIA ☐ NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL ☐ NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y Fotocopia) ☐ DOMICILIO REAL ☐ DOMICILIO LEGAL ☐ TELÉFONOS ☐ PROFESIÓN ☐	☐
4°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia).	☐
5°	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA FISICA / RAZON SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). EXCLUYENTE.	☐
6°	COPIA DEL ESTATUTO, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO.	☐
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. Nº 2076/19).	☐
8°	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO –	☐

	SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. N° 2076/19)	
9°	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)	☐
10°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD.(Art 6° inc. f) Decreto N° 2076/19)	☐
11°	MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO: 14.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19) 14.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES 14.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES 14.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS 14.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto N° 2076/19). NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS. 14.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO 14.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19) 14.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Dto. N° 2076/19) 14.6 DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA. (Art.16°, Dto. N° 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXO XII, A-B)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
12°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia)..... DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia)..... HORARIO:..... NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia)..... HORARIO:	☐
13°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO FARMACÉUTICO ADSCRIPTO	☐ ☐
14°	ROTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO.	☐

Se Notifica a los Sres. Propietarios y Directores técnicos:

La solicitud de habilitación debe ser suscripta en forma conjunta por el farmacéutico director técnico, farmacéuticos auxiliares y por el propietario de la farmacia. (último párrafo art.6° Decreto N° 2076/19) dicha solicitud tiene carácter de declaración jurada y las firmas pueden ser electrónicas, digitales y/o manuscritas certificadas por escribano público.

Una vez presentada y analizada la documentación requerida y previo a la continuidad del trámite de dictado de resolución ministerial correspondiente se solicitará la presentación de:

1°	ARANCEL POR HABILITACION, RESOLUCION N°546/2023	☐
2°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE QUE LA PERSONA HUMANA/JURÍDICA Y EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA NO SE ENCUENTREN CONCURSADOS NI FALLIDOS. (Art.6° Inc. c) y d) Dto. N° 2076/19).	☐
3°	CERTIFICADO EMITIDO POR EL REGISTRO DE INHIBICIONES DEL REGISTRO PÚBLICO Y ARCHIVO JUDICIAL DE MENDOZA QUE ACREDITE QUE LA PERSONA HUMANA O LA PERSONA JURIDICA Y SU REPRESENTANTE LEGAL, NO SE ENCUENTREN INHIBIDOS PARA EJERCER ACTOS DE COMERCIO. (Art.6° Inc. c) y d) Dto. N° 2076/19).	☐
4°	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES DE LA PERSONA HUMANA 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).	☐
5°	LIBRO RECETARIO INFORMATIZADO POR SISTEMA: ☐ MANUAL..... ☐ ELECTRÒNICO POR SISTEMA..... ☐	☐
6°	LIBROS OFICIALES ELECTRONICOS POR SISTEMA..... ☐ MANUAL..... ☐	☐

LA HABILITACION SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL Y SU NOTIFICACION EN LEGAL FORMA.

.....

☐ FIRMA DEL PROPIETARIO
☐ SRL - SOCIO GERENTE
☐ SC-UNO DE LOS SOCIOS
(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....

FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....

FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1
REVISIÓN: 12-2024

.....

FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2