

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Transferencia de Fondo de Comercio/Cambio en firma propietaria de Establecimiento Farmacéutico
Descripción	Requisitos para la Transferencia de Fondo de Comercio de Establecimiento. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por los Art. 1º a 7º de la Ley 11867 en concordancia con lo dispuesto por el Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303 y Art. 25º Decreto 355/09, Ley 9537y Decreto 1846/24, Ley 9519 y Decreto 1313/24
Presentación	La solicitud se presenta escaneado, en formato PDF por sistema tickets y/o mail a correo electrónico del Departamento de Farmacia.
Responsable	Jefe 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	Las partes compradora y vendedor, deberán presentar en el Departamento de Farmacia: - Constancia de inscripción en Administración Federal de Ingresos Publico (AFIP) (CUIT y denominación) y certificación por Administración Tributaria Mendoza (ATM) que es contribuyente local. (Original y Fotocopia) - Completar Formulario de Transferencia de Fondo de Comercio (ANEXO IX-A) con documentación completa, firmada por las personas físicas o razón social de la persona jurídica, anterior, nueva y del Director Técnico. - Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según resolución 546/2023.
Arancel (Resol Nº 546/23)	455 UF
Observaciones	Para el caso en que se presente junto a la Transferencia de Fondo de Comercio un Cambio de Dirección / Supervisión Técnica y/o Cambio de denominación del establecimiento, se deberá iniciar expediente por separado, de acuerdo al procedimiento establecido para cada trámite y previo pago del arancel correspondiente. <u>Solo podrá ser presentado por la parte compradora del fondo de comercio del establecimiento cuando dicha transferencia se encuentre inscrita y regularizada en los términos de los Art. 1º a 7º de la Ley 11867 de acuerdo a lo establecido por los Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303 y Art. 25º Decreto 355/09.</u>
Solicitud	ANEXO IX “TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO”

REVISIÓN: 12-2024

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO / CAMBIO EN FIRMAS PROPIETARIAS DE ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS

ANEXO IX

Mendoza, ____ / ____ / ____.-

 Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud 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 DEL ESTABLECIMIENTO:	<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"/> <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (pdf) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TELÉFONOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROFESIÓN <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (pdf) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

	<p>..... <input type="checkbox"/></p> <p>DOMICILIO LEGAL</p> <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 /DOCUMENTO QUE ACREDITA MODIFICACION EN FIRMA PROPIETARIA, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO (Ley 11867).	<input type="checkbox"/>
6°	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PUBLICO, EL QUE DEBE INCLUIR LA INSTALACION DE UNA FARMACIA COMO OBJETO SOCIAL Y ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7° Ley 19550). ACREDITAR PERSONERIA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA	<input type="checkbox"/>
7°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (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°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p>14.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p>14.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto 2076/19). <input type="checkbox"/></p> <p>NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFICIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p>14.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO <input type="checkbox"/></p> <p>14.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decreto. 2076/19) <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
10°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR / SUPERVISOR TÉCNICO:</p> <p>NÚMERO DE MATRÍCULA:</p> <p>DNI: (pdf).....</p> <p>DOMICILIO:</p> <p>TELÉFONOS:</p> <p>HORARIO DEL FARMACÉUTICO</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1:</p> <p>NÚMERO DE MATRÍCULA:</p> <p>DNI: (pdf).....</p> <p>HORARIO:.....</p>	<input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia)..... HORARIO:	
11°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12°	SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO/MODIFICACION DE FIRMA PROPIETARIA SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL ANTERIOR PROPIETARIO, NUEVO PROPIETARIO Y POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR/SUPERVISOR TECNICO. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>

Se Notifica a los Sres. Propietarios y Directores / Supervisores técnicos:

La solicitud de transferencia de fondo de comercio debe ser suscripta en forma conjunta por el farmacéutico director/supervisor técnico, farmacéuticos auxiliares y por el propietario de la farmacia tanto cedente como adquirente, 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:

13°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FISICA/JURÍDICA CEDENTE Y ADQUIRENTE NO SE ENCUENTRA CONCURSADA NI FALLIDA.	<input type="checkbox"/>
14°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE QUE EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA CEDENTE Y ADQUIERENTE NO SE ENCUENTRA CONCURSADO NI FALLIDO.	<input type="checkbox"/>
15°	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, CEDENTE Y ADQUIRENTE, NO SE ENCUENTREN INHIBIDOS PARA EJERCER ACTOS DE COMERCIO.	<input type="checkbox"/>
16°	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES DE LA PERSONA FISICA Y/O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA, CEDENTE Y ADQUIRENTE EMITIDO POR EL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION (RENAPER) 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"/>

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Dirección de Farmacología
Ministerio de Salud y Deporte
Provincia de Mendoza

17°	ARANCEL POR HABILITACION, RESOLUCION N°546/2023	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------

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

.....
FIRMA DIRECTOR / SUPERVISOR TÉCNICO

.....
FIRMA FARMACEUTICO ADSRIPTO 1

.....
FIRMA FARMACEUTICO ADSRIPTO 2

REVISIÓN: 12-2024