

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

Dirección de Farmacología  
Ministerio de Salud y Deporte  
Provincia de Mendoza

**GUÍA DE TRÁMITE**

Trámite	<b>Habilitación Servicio de Farmacia</b>
Descripción	Requisitos para la Habilitación de un Servicio de Farmacia. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley N° 7303, Decreto Reglamentario N° 355/09 y N° 2076/19.
Presentación	<b>La solicitud se presenta escaneado, en formato PDF por sistema tickets y/o mail a correo electrónico del Departamento de Farmacia.</b>
Responsable	Jefe Departamento de Farmacia
Email	<a href="mailto:deptofarmacia@mendoza.gov.ar">deptofarmacia@mendoza.gov.ar</a>
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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Solicitud de Habilitación de Servicio de Farmacia (ANEXO II) perfectamente llena y con la documentación completa.</b></li> <li>- Nota indicando convenios con instituciones (Original y fotocopia de los mismos) si corresponde.</li> <li>- CUIT del interesado.</li> <li>- Abonar arancel según Resol N° 546/23</li> </ul>
Arancel (Resol N° 546/23)	1011 UF
Solicitud	<b>ANEXO II “SOLICITUD DE HABILITACION DE SERVICIO DE FARMACIA”</b> <b>“LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”</b>

REVISIÓN: 12-2024

**SOLICITUD DE HABILITACION DE SERVICIO DE FARMACIA  
ANEXO II**

Mendoza, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.-

Departamento de Farmacia  
Ministerio de Salud y Deportes  
Sra. Jefa  
Farm. Maria Elsa Garcia  
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 INSTITUCIÓN: .....	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO: ..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
3°	COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS BRINDADOS  SIN INTERNACIÓN:   SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  CON INTERNACIÓN:   SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NÚMERO DE CAMAS:   .....	<input type="checkbox"/>
4°	DATOS DE LA PROPIEDAD:  NOMBRE DE LA PERSONA HUMANA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ..... <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA ..... <input type="checkbox"/>  NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (PDF) ..... <input type="checkbox"/>  DOMICILIO REAL DEL PROPIETARIO ..... <input type="checkbox"/>  DOMICILIO LEGAL DEL PROPIETARIO ..... <input type="checkbox"/>  TELÉFONOS ..... <input type="checkbox"/>  PROFESIÓN ..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (PDF).	<input type="checkbox"/>
6°	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA HUMANA / RAZON SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). EXCLUYENTE.(PDF)	<input type="checkbox"/>

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

 Dirección de Farmacología  
 Ministerio de Salud y Deporte  
 Provincia de Mendoza

7°	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, EL QUE DEBE INCLUIR LA INSTALACION DE UN SERVICIO DE FARMACIA COMO OBJETO SOCIAL Y ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7° Ley 19550 y Art. 6° Inc. c) Decreto N° 2076/19). ACREDITAR PERSONERIA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA (S.A.: ÚLTIMA ACTA DE DIRECTORIO – SRL: SOCIO GERENTE- SOCIEDAD COLECTIVA: SOCIO DESIGNADO).	<input type="checkbox"/>
8°	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. 2076/19)	<input type="checkbox"/>
9°	PLANO DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE Y CROQUIS CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS. (Art.6° Inc. e) Dto. 2076/19 (PDF)	<input type="checkbox"/>
10°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. ( Art 6° inc. f) Decreto 2076/19)	<input type="checkbox"/>
11°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE / DIRECTOR TÉCNICO: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA: ..... DNI (PDF)..... DOMICILIO LEGAL..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO .....	<input type="checkbox"/>
12°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA: ..... DNI (PDF):..... DOMICILIO LEGAL..... HORARIO: ..... NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA: ..... DNI (PDF)..... DOMICILIO LEGAL..... HORARIO: .....	<input type="checkbox"/>
13°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)  FARMACÉUTICO RESPONSABLE /DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14°	LISTADO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES Y/O INSUMOS SANITARIOS (Art. 13° Dec. 2076/19)	<input type="checkbox"/>
15°	ROTULOS (Si correspondiera) Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>

**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.

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

 Dirección de Farmacología  
 Ministerio de Salud y Deporte  
 Provincia de Mendoza

El establecimiento de mayor complejidad del que forma parte el Servicio de Farmacia en trámite de habilitación debe contar con la habilitación del Ministerio de Salud y Deportes. 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	<input type="checkbox"/>
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).	<input type="checkbox"/>
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).	<input type="checkbox"/>
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).	<input type="checkbox"/>
5°	LIBRO RECETARIO  INFORMATIZADO POR SISTEMA: ..... <input type="checkbox"/>  MANUAL..... <input type="checkbox"/>  ELECTRÒNICO POR SISTEMA..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6°	LIBROS OFICIALES  ELECTRONICOS POR SISTEMA..... <input type="checkbox"/>  MANUAL..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

 .....  
 FIRMA DEL PROPIETARIO

 .....  
 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

 .....  
 FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1

 .....  
 FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2

REVISIÓN: 12-2024