

**GUÍA DE TRÁMITE**

Trámite	<b>Habilitación de Farmacias Propiedad de Mutualidades, Obras Sociales o Sindicatos y Medicina Prepaga.</b>
Descripción	<p>Requisitos para la Habilitación de una Farmacia.</p> <p>Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley N° 7303, Resolución N° 3586/09, Decreto Reglamentario N° 355/09 y Decreto Reglamentario N° 2076/19.</p>
Presentación	<b>La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.</b>
Responsable	Jefa 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	<p>El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1-</b> 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.</li> <li><b>2-</b> Presentar 2 planos del local con distribución de áreas, aclarando la propiedad.</li> <li><b>3-</b> Copia del Estatuto Social que incluya en su objeto, la instalación de farmacia.</li> </ol> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En caso de atención de afiliados de otras entidades se deberá presentar los convenios respectivos de atención.</p>
Arancel (Resol N° 1094/25)	950 UF
Solicitud	<p><b>ANEXO XI "SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE FARMACIAS DE MUTUALIDAD, OBRAS SOCIALES, SINDICATOS Y MEDICINA PREPAGA"</b></p> <p><b>"LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL"</b></p>

REVISIÓN: 05-2025

## 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: .....	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO: ..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<input type="checkbox"/>
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD:  NOMBRE RAZÓN SOCIAL PROPIETARIA ..... <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL ..... <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO ( 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°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (PDF).	<input type="checkbox"/>
5°	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"/>
6°	COPIA DEL ESTATUTO, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>
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. N° 2076/19).	<input type="checkbox"/>
8°	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO –	<input type="checkbox"/>

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

 Dirección de Farmacología  
 Ministerio de Salud y Deporte  
 Provincia de Mendoza

	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)	<input type="checkbox"/>
10°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD.( Art 6° inc. f) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
11°	MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:  <b>14.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/> 14.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/> 14.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/> 14.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/>  <b>14.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto N° 2076/19).</b> <input type="checkbox"/> NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFICIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.  <b>14.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO</b> <input type="checkbox"/>  <b>14.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/>  <b>14.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Dto. N° 2076/19)</b> <input type="checkbox"/>  <b>14.6 DECLARACION HORARIA DE LA FARMACIA.</b> (Art.16°, Dto. N° 2076/19. UNA VEZ HABILITADA LA FARMACIA, DEBE PRESENTAR DECLARACION JURADA DE HORARIA ANEXO XII, A-B) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: .....	<input type="checkbox"/>
13°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)  FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14°	ROTULOS Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

 Dirección de Farmacología  
 Ministerio de Salud y Deporte  
 Provincia de Mendoza

**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°1094/2025	<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"/>  ELECTRÓNICO 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  
 SRL - SOCIO GERENTE  
 SC-UNO DE LOS SOCIOS  
 (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....

FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....

 FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1  
 REVISIÓN: 05-2025

.....

FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2