

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Declaración Jurada de horarios de atención al público de la Farmacia. Declaración Jurada extensión horaria y/o turnos voluntarios.
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para indicar el horario de atención de la Farmacia. Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la incorporación y/o modificación del Personal de Farmacia cuando se produce una extensión horaria en la atención al público de la Farmacia. Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia cuando se opta por la modalidad de Turnos Voluntarios.
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 completar: 1- Declaración Jurada adjunta (ANEXO XIV). 2- En caso que la Farmacia posea personal Farmacéutico Adscripto deberá presentar solicitud (ANEXO XII) firmada por el Director Técnico, Propietario y el o los Farmacéuticos Adscriptos, indicando los horarios que cumplirán cada uno. 3- En caso de producirse altas y bajas de Farmacéuticos Adscriptos, estas deben notificarse en forma fehaciente en el Departamento de Farmacia (Artículo 31º último párrafo, Decreto N° 355/09). 4- La Declaración Jurada de horarios deberá presentarse en forma obligatoria anualmente en el mes de Abril (Artículo 16º Decreto N° 2076/19).
	TRAMITE NO ARANCELADO
Solicitud	ANEXO XIV SE LES RECUERDA A LOS SEÑORES PROPIETARIOS Y/O PROFESIONALES, LA VIGENCIA DEL ART. 16º DECRETO N° 2076/19 “DE LOS HORARIOS DE LAS FARMACIAS”

REVISIÓN: 05-2025

DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS

ANEXO XII

Mendoza, ____/____/____.-

Departamento de Farmacia
Ministerio de Salud, D. Social 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 FARMACIA:	☐
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO:	☐
3°	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA:	☐
4°	OPCIÓN POR REGIMEN DE TURNO VOLUNTARIO: 4.1 SI ☐ 4.2 NO ☐	☐
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DOMICILIO: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	☐
6°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19): NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	☐

7°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 3: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia):..... DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19): NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 4: NÚMERO DE MATRÍCULA (Adjuntar Original y Fotocopia): DÍAS: HORARIO (Art.16° Dto. N° 2076/19):	☐																																																												
8°	DÍAS Y HORARIOS EN QUE PERMANECERÁ ABIERTA LA FARMACIA: <table><thead><tr><th></th><th></th><th></th><th>MAÑANA</th><th></th><th></th><th>TARDE</th><th></th><th></th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>LUNES A VIERNES</td><td>☐</td><td>DE</td><td>.....</td><td>A</td><td>.....</td><td>DE</td><td>.....</td><td>A</td><td>.....</td></tr><tr><td>SABADO</td><td>☐</td><td>DE</td><td>.....</td><td>A</td><td>.....</td><td>DE</td><td>.....</td><td>A</td><td>.....</td></tr><tr><td>DOMINGO</td><td>☐</td><td>DE</td><td>.....</td><td>A</td><td>.....</td><td>DE</td><td>.....</td><td>A</td><td>.....</td></tr><tr><td>FERIADOS</td><td>☐</td><td>DE</td><td>.....</td><td>A</td><td>.....</td><td>DE</td><td>.....</td><td>A</td><td>.....</td></tr><tr><td>LOS 365 DÍAS DEL AÑO</td><td>☐</td><td colspan="8"></td></tr></tbody></table>				MAÑANA			TARDE				LUNES A VIERNES	☐	DE		A		DE		A		SABADO	☐	DE		A		DE		A		DOMINGO	☐	DE		A		DE		A		FERIADOS	☐	DE		A		DE		A		LOS 365 DÍAS DEL AÑO	☐									☐
			MAÑANA			TARDE																																																								
LUNES A VIERNES	☐	DE		A		DE		A																																																						
SABADO	☐	DE		A		DE		A																																																						
DOMINGO	☐	DE		A		DE		A																																																						
FERIADOS	☐	DE		A		DE		A																																																						
LOS 365 DÍAS DEL AÑO	☐																																																													

SE LES RECUERDA A LOS SEÑORES PROPIETARIOS Y/O PROFESIONALES, LA VIGENCIA DEL ART. 16° DECRETO N° 2076/19 “DE LOS HORARIOS DE LAS FARMACIAS”

.....
☐ FIRMA DEL PROPIETARIO
☐ S.A. - PRESIDENTE
☐ SRL - SOCIO GERENTE
☐ SC- SOCIO DESIGNADO
(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
FIRMA FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

.....
FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 1

.....
FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 2

.....
FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 3

.....
FIRMA FARMACÉUTICO ADSCRIPTO 4

REVISIÓN: 05-2025