

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

Dirección de Farmacología  
Ministerio de Salud y Deporte  
Provincia de Mendoza

**GUÍA DE TRÁMITE**

Trámite	<b>Transferencia de Fondo de Comercio/Cambio en firma propietaria de Establecimiento Farmacéutico</b>
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	<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	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. (PDF)  - Completar Formulario de Transferencia de Fondo de Comercio (ANEXO XII) con documentación completa, firmada por las personas físicas o razón social de la persona jurídica, anterior, nueva y del Director / Supervisor Técnico.
Arancel	TRAMITE NO ARANCELADO
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	<b>ANEXO XII "TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO"</b>

REVISIÓN: 05-2025

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

### ANEXO XII

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: .....	?
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO:..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	?
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD ANTERIOR:  NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ANTERIOR ..... ? NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SCS CUALQUIERA DE LOS SOCIOS) ..... ? NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (pdf) ..... ? DOMICILIO REAL ..... ? DOMICILIO LEGAL ..... ? TELÉFONOS ..... ? PROFESIÓN ..... ?	?
	DATOS DE LA PROPIEDAD NUEVA:  NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA	?

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

 Dirección de Farmacología  
 Ministerio de Salud y Deporte  
 Provincia de Mendoza

4°	<p>..... <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SCS CUALQUIERA DE LOS SOCIOS)</p> <p>..... <input type="checkbox"/></p> <p>NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (pdf)</p> <p>..... <input type="checkbox"/></p> <p>DOMICILIO REAL</p> <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><b>14.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto 2076/19)</b> <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><b>14.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto 2076/19).</b> <input type="checkbox"/></p> <p>NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS.</p> <p><b>14.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>14.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>14.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decreto. 2076/19)</b> <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

 Dirección de Farmacología  
 Ministerio de Salud y Deporte  
 Provincia de Mendoza

10°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR / SUPERVISOR TÉCNICO:          ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NÚMERO DE MATRÍCULA: .....          DNI: (pdf).....          DOMICILIO: .....          TELÉFONOS: .....          HORARIO DEL FARMACÉUTICO          .....</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1:          .....          NÚMERO DE MATRÍCULA: .....          DNI: (pdf).....          HORARIO:.....</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2:          .....          NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): .....          DNI: (Original y Fotocopia).....          HORARIO: .....</p>	<input type="checkbox"/>
11°	<p>CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)</p> <p>FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/></p> <p>FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
12°	<p>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.</p>	<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°	<p>CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FISICA/JURÍDICA CEDENTE Y ADQUIRENTE NO SE ENCUENTRA CONCURSADA NI FALLIDA.</p>	<input type="checkbox"/>
14°	<p>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.</p>	<input type="checkbox"/>

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

Dirección de Farmacología  
Ministerio de Salud y Deporte  
Provincia de Mendoza

15°	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, ADQUIRENTE Y CEDENTE, NO SE ENCUENTREN INHIBIDOS PARA EJERCER ACTOS DE COMERCIO. (Art.6° Inc. c) y d) Dto. Nº 2076/19).	0
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).	2

.....

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

.....

FIRMA DIRECTOR / SUPERVISOR TÉCNICO

.....

FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1

.....

FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2

REVISIÓN: 05-2025