

**GUÍA DE TRÁMITE**

Trámite	<b>Certificados de Actuación Profesional.</b> <b>Certificado de Libre Regencia.</b> <b>Certificación de Trámites en Curso.</b> <b>Certificación de Vigencia de Habilitación.</b>
Descripción	<p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Certificado de Actuación Profesional.</p> <p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Certificado de Libre Regencia.</p> <p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Certificado de Trámites en Curso.</p> <p>Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la Solicitud de Certificado de Vigencia de Habilitación.</p>
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	El interesado deberá presentar ANEXO XX solicitando el certificado correspondiente
Trámite no arancelado	A- Certificados de Actuación Profesional. B- Certificado de Libre Regencia. C- Certificación de trámites en curso. D- Certificación de Vigencia de Habilitación.
Observaciones	La entrega del certificado se realizará 48 horas después de presentada la nota de solicitud ANEXO XX en el Departamento de Farmacia.
Solicitud	Certificados ANEXO XX

REVISIÓN: 05-2025

## SOLICITUD CERTIFICADO

### ANEXO XX

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 el abajo firmante tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia)..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: .....	<input type="checkbox"/>
2°	ESTABLECIMIENTO: ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: .....	
3°	SOLICITO CERTIFICADO DE  <div style="text-align: center;"> <b>ACTUACIÓN PROFESIONAL <input type="checkbox"/></b>  <b>LIBRE REGENCIA. <input type="checkbox"/></b>    <b>TRÁMITES EN CURSO. <input type="checkbox"/></b>    <b>VIGENCIA DE HABILITACIÓN. <input type="checkbox"/></b> </div> PARA SER PRESENTADO ANTE LAS AUTORIDADES DE: ..... PARA TRÁMITE DE: .....  N° DE EXPEDIENTE:.....	<input type="checkbox"/>

**IMPORTANTE:** LA ENTREGA DEL CERTIFICADO SE REALIZARÁ 48 HORAS DESPUÉS DE PRESENTADA LA NOTA DE SOLICITUD (ANEXO XVI) EN EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA. LA CONFECCION DEL CERTIFICADO QUEDA SUPEDITADO AL ESTADO DE LA FICHA PERSONAL DEL PROFESIONAL SOLICITANTE EN ESTE DEPARTAMENTO QUE DEBERÁ ESTAR COMPLETA EN SU TOTALIDAD.

.....  
 FIRMA FARMACÉUTICO