

**GUÍA SIMPLIFICADA DE TRÁMITE**

Trámite	<b>Cancelación de Establecimiento Farmacéutico</b>
Descripción	Requisitos a presentar en el Departamento de Farmacia para efectuar la cancelación de registro de una Farmacia.
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	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>Los Psicotrópicos Lista II - III y Estupefacientes Lista I vigentes, serán entregados en carácter de donación al Departamento de Farmacia a los efectos estime corresponder.</p> <p>Medicamentos vencidos: los titulares deberán presentar comprobante de destrucción de acuerdo a lo establecido en Ley 7168 y Decreto 2108, artículos 75º al 78º (Manifiesto de transferencia de residuos farmacéuticos). En caso de no estar inscripto como generador de residuos farmacéuticos a la fecha de cancelación se evaluará de acuerdo a la cantidad de medicamentos la conveniencia de su inscripción.</p> <p>Los Psicofármacos y estupefacientes vencidos deberán estar con sus envases secundarios y primarios y con el listado correspondiente.</p> <p>La farmacia que cancela registro deberá acompañar el reemplazo de Turnos Obligatorios del mes en que cancela, si corresponde, según procedimiento habitual.</p>
Arancel	TRAMITE NO ARANCELADO
Solicitud	ANEXO VIII - Cancelación de Establecimiento Farmacéutico

REVISIÓN: 05-2025

## SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO ANEXO IX

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 DEL ESTABLECIMIENTO: .....	<input type="checkbox"/>
2°	UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: .....	<input type="checkbox"/>
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD:  NOMBRE DE LA PERSONA HUMANA O 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"/>
4°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN A.T.M. – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia)	<input type="checkbox"/>
5°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR / SUPERVISOR TÉCNICO: ..... NÚMERO DE MATRÍCULA: ..... D.N.I (PDF): ..... DOMICILIO: ..... TELÉFONOS: .....	<input type="checkbox"/>
6°	INVENTARIO DE PSICOTRÓPICOS LISTA IV Y ESTUPEFACIENTES LISTA III. DESTINO. COMPROBANTES DE DEVOLUCIÓN O VENTA SI CORRESPONDIERA. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.	<input type="checkbox"/>

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

 Dirección de Farmacología  
 Ministerio de Salud y Deporte  
 Provincia de Mendoza

7°	<b>ENTREGA A LA AUTORIDAD SANITARIA DE:</b>  7.1 TALONARIO DE VALES PARA ADQUISICION DE ESTUPEFACIENTES <input type="checkbox"/> 7.2 TALONARIO DE VALES PARA ADQUISICION DE SICOTROPICOS <input type="checkbox"/> 7.3 LIBRO CONTRALOR DE SICOTROPICOS <input type="checkbox"/> 7.4 LIBRO CONTRALOR DE ESTUPEFACIENTES <input type="checkbox"/> 7.5 LIBRO DE INYECTABLES (Farmacia) <input type="checkbox"/> 7.6 LIBRO RECETARIO (Farmacia) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8°	<b>ENTREGA DE EXISTENCIA A LA AUTORIDAD SANITARIA DE:</b>  8.1 PSICOTROPICOS LISTA II Y LISTA III <input type="checkbox"/> 8.2 ESTUPEFACIENTES LISTA I Y LISTA II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9°	<b>INVENTARIO Y DESTINO DE APARÁTOS Y ÚTILES. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.</b>	<input type="checkbox"/>
10°	<b>INVENTARIO Y DESTINO DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS VIGENTES. DEBERÁN PRESENTARLO DENTRO DE LAS 48 HORAS DE EFECTUADA LA CANCELACIÓN.</b>	<input type="checkbox"/>
11°	<b>REEMPLAZO DE TURNOS OBLIGATORIOS DEL MES EN CURSO SEGÚN PROCEDIMIENTO HABITUAL (si corresponde).</b>	<input type="checkbox"/>
12°	<b>ENTREGA AL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DE LA DOCUMENTACIÓN DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS, DROGAS E INSUMOS BIOMÉDICOS VENCIDOS (SEGÚN LEY 7168 Y DECRETO 2108).</b>	<input type="checkbox"/>
13°	<b>SOLICITUD DE CANCELACION SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR / SUPERVISOR TECNICO Y POR EL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO. DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO</b>	<input type="checkbox"/>

**“EL TRÁMITE DE CANCELACIÓN CULMINA CON EL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”**

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

.....  
 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR/ SUPERVISOR  
 TÉCNICO

REVISIÓN: 05-2025