

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Dirección de Farmacología
Ministerio de Salud y Deporte
Provincia de Mendoza

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Habilitación Servicio de Farmacia
Descripción	Requisitos para la Habilitación de un Servicio de Farmacia. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley N° 7303, Decreto Reglamentario N° 355/09 y N° 2076/19.
Presentación	La solicitud se presenta escaneado, en formato PDF por sistema tickets y/o mail a correo electrónico del Departamento de Farmacia.
Responsable	Jefe 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 presentar en el Departamento de Farmacia: <ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de Habilitación de Servicio de Farmacia (ANEXO II) perfectamente llena y con la documentación completa. - Nota indicando convenios con instituciones (Original y fotocopia de los mismos) si corresponde. - CUIT del interesado. - Abonar arancel según Resol N° 546/23
Arancel (Resol N° 1094/25)	950 UF
Solicitud	ANEXO II “SOLICITUD DE HABILITACION DE SERVICIO DE FARMACIA” “LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”

REVISIÓN: 05-2025

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

7°	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, EL QUE DEBE INCLUIR LA INSTALACION DE UN SERVICIO DE FARMACIA COMO OBJETO SOCIAL Y ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7° Ley 19550 y Art. 6° Inc. c) Decreto N° 2076/19). ACREDITAR PERSONERIA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA (S.A.: ÚLTIMA ACTA DE DIRECTORIO – SRL: SOCIO GERENTE- SOCIEDAD COLECTIVA: SOCIO DESIGNADO).	<input type="checkbox"/>
8°	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. 2076/19)	<input type="checkbox"/>
9°	PLANO DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE Y CROQUIS CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS. (Art.6° Inc. e) Dto. 2076/19 (PDF)	<input type="checkbox"/>
10°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6° inc. f) Decreto 2076/19)	<input type="checkbox"/>
11°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE / DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA: DNI (PDF)..... DOMICILIO LEGAL..... TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO	<input type="checkbox"/>
12°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA: DNI (PDF):..... DOMICILIO LEGAL..... HORARIO: NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA: DNI (PDF)..... DOMICILIO LEGAL..... HORARIO:	<input type="checkbox"/>
13°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO RESPONSABLE /DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14°	LISTADO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES Y/O INSUMOS SANITARIOS (Art. 13° Dec. 2076/19)	<input type="checkbox"/>
15°	ROTULOS (Si correspondiera) Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>

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.

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

El establecimiento de mayor complejidad del que forma parte el Servicio de Farmacia en trámite de habilitación debe contar con la habilitación del Ministerio de Salud y Deportes. 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"/> ELECTRÒNICO 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

 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

 FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 1

 FIRMA FARMACEUTICO ADSCRIPTO 2

REVISIÓN: 05-2025