

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

Dirección de Farmacología  
Ministerio de Salud y Deporte  
Provincia de Mendoza

**GUÍA DE TRÁMITE**

Trámite	<b>Habilitación de Servicio de Farmacia de los Servicios de Emergencia Ambulatorio</b>
Descripción	Requisitos para Habilitación de Servicio de Farmacia de Servicio de Emergencia Ambulatorio  Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto en Ley 7303, Decreto Reglamentario N° 355/09 y Decreto Reglamentario N° 2076/19.
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	El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:  - <b>Solicitud de Habilitación de Servicio de Farmacia de los Servicios de Emergencia Ambulatorio (ANEXO III) perfectamente llena y con la documentación completa.</b>  - Nota indicando convenios con instituciones (Original y fotocopia de los mismos) si corresponde.  - CUIT del interesado.  - Abonar arancel correspondiente según Resol N° 1094/2025
Arancel (Resol N° 1094/2025)	950 UF
Solicitud	<b>ANEXO III “SOLICITUD DE HABILITACION DE SERVICIO DE FARMACIA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA AMBULATORIO”</b>  <b>“LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”</b>

REVISIÓN: 05-2025

## SOLICITUD DE HABILITACION DE SERVICIO DE FARMACIA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA AMBULATORIO ANEXO III

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 DE LA INSTITUCIÓN: ..... ..	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... . DISTRITO O SECCIÓN: ..... DEPARTAMENTO: ..... TELÉFONO: ..... CORREO ELECTRÓNICO: .....	<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 ..... <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL ..... <input type="checkbox"/> TELÉFONOS ..... <input type="checkbox"/> PROFESIÓN ..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (PDF).	<input type="checkbox"/>
5°	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"/>

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

 Dirección de Farmacología  
 Ministerio de Salud y Deporte  
 Provincia de Mendoza

6°	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PUBLICO, 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 – SC . SOCIO DESIGNADO).	<input type="checkbox"/>
7°	COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6° Inc. g) Dto. N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
8°	PLANO DEL LOCAL APROBADO POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE Y CROQUIS CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS (Art.6° Inc. e) Dto. N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
9°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD.( Art 6° inc. f) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
10°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO RESPONSABLE: ..... . NÚMERO DE MATRÍCULA: ..... DNI (PDF)..... DOMICILIO LEGAL: ..... TELÉFONOS: ..... HORARIO DEL FARMACÉUTICO ..... .....	<input type="checkbox"/>
11°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)  FARMACÉUTICO RESPONSABLE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12°	LISTADO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES Y/O INSUMOS SANITARIOS (Art. 22° Y 23° Dec. N° 355/09)	<input type="checkbox"/>
13°	ROTULOS (Si correspondiera) Y SELLO REGLAMENTARIO.	<input type="checkbox"/>

**Se Notifica a los Sres. Propietarios y farmacéuticos responsables 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.

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:

**DEPARTAMENTO DE FARMACIA**

 Dirección de Farmacología  
 Ministerio de Salud y Deporte  
 Provincia de Mendoza

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"/>  ELECTRÓNICO 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 RESPONSABLE TÉCNICO