

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Dirección de Farmacología
Ministerio de Salud y Deporte
Provincia de Mendoza

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Habilitación de Droguerías
Descripción	Requisitos para la Habilitación de una Droguería. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por Ley N° 9519 y Decreto reglamentario N°1313/24, Ley N° 17565, Decreto Reglamentario N° 3857/69 y Ley N° 7303.
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: - Solicitud de Habilitación de Droguería (ANEXO IV), perfectamente llena y con la documentación completa. - Constancia de N° CUIT del Propietario - Constancia de Contribuyente Local del propietario (<i>Excluyente</i>). - Abonar arancel si corresponde según Resol N° 1094/2025.
Arancel (Resol N°1094/2025)	950 UF
Solicitud	ANEXO IV “SOLICITUD DE HABILITACION DE DROGUERIA” “LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”

REVISIÓN: 05-2025

HABILITACION DE DROGUERIAS ANEXO IV

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 DROGUERIA:	<input type="checkbox"/>
2°	TIPO DE DROGUERIA (Art. 1° Ley 9519) TIPO A <input type="checkbox"/> TIPO B <input type="checkbox"/> TIPO C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
4°	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 (Original y Fotocopia) <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"/>
5°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (PDF).	<input type="checkbox"/>
6°	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA HUMANA / JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM) (PDF) EXCLUYENTE.	<input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

7°	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7° Ley 19550) ACREDITAR PERSONERÍA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA.	<input type="checkbox"/>
8°	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"/>
9°	PLANO DEL LOCAL APROBADO POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE Y CROQUIS CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS (Art.7° Inc. p) LEY 9519)	<input type="checkbox"/>
10°	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 2° inc. k) LEY 9519)	<input type="checkbox"/>
11°	FACTIBILIDAD PARA EJERCER LA ACTIVIDAD COMERCIAL EMITIDA POR EL MUNICIPIO DONDE SE RADIQUE LA DROGUERÍA. (Art 2° inc. j) LEY 9519)	<input type="checkbox"/>
11°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA: DNI (PDF) DOMICILIO LEGAL: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO	<input type="checkbox"/>
12°	CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera) FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICO ADSCRIPTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13°	ROTULOS (Si correspondiere) 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.

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)	<input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

	VALIDEZ DEL CERTIFICADO: CINCO (5) DIAS A PARTIR DE LA EMISION DEL MISMO (Art. 6° Decreto N° 2004/80 Reglamentario de la Ley 22117).	
5°	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (Art. 2° Decreto 1313/24)	<input type="checkbox"/>
6°	LIBROS OFICIALES	<input type="checkbox"/>
	ELECTRONICOS POR SISTEMA.....	<input type="checkbox"/>
	MANUAL.....	<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