

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Dirección de Farmacología
Ministerio de Salud y Deporte
Provincia de Mendoza

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Habilitación Distribuidores de Productos Médicos
Descripción	Requisitos para la Habilitación de Distribuidores de Productos Médicos. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado con domicilio legal en la Provincia de Mendoza, en función a lo dispuesto por Ley Provincial N°9537 y Decreto N°1846/24
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 Distribuidores de Productos Médicos según Ley Provincial N°9537 y Decreto N°1846/24 con 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° 1094/25)	950 UF
Solicitud	ANEXO V "SOLICITUD DE HABILITACION DE DISTRIBUIDORES PRODUCTOS MEDICOS" "LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL"

REVISIÓN: 05-2025

HABILITACION DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS ANEXO V

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.

1º	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
2º	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
3º	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"/>
4º	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – N° DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (PDF).	<input type="checkbox"/>
5º	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA HUMANA / JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM) (PDF) EXCLUYENTE.	<input type="checkbox"/>
6º	CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7º Ley 19550) ACREDITAR PERSONERIA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA.	<input type="checkbox"/>
7º	ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (PDF)	<input type="checkbox"/>
8º	PLANO DEL LOCAL APROBADO POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE Y CROQUIS CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS. (PDF)	<input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

9º	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art. 2º inc. k) Decreto 1846/24)	<input type="checkbox"/>
10º	FACTIBILIDAD PARA EJERCER LA ACTIVIDAD COMERCIAL EMITIDA POR EL MUNICIPIO DONDE SE RADIQUE LA DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MÉDICOS. (Art 2º inc. j) Decreto 1846/24)	<input type="checkbox"/>
11º	TIPO DE PRODUCTOS MÉDICOS OBJETO DE LA ACTIVIDAD: PRODUCTO MÉDICO DE USO ÚNICO <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO INVASIVO <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO IMPLANTABLE <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO QUIRÚRGICAMENTE INVASIVO <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO ACTIVO <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO ACTIVO PARA DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> PRODUCTO MÉDICO ACTIVO PARA TERAPIA <input type="checkbox"/> INSTRUMENTO QUIRÚRGICO REUTILIZABLE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12º	CLASE DE PRODUCTOS MÉDICOS OBJETO DE LA ACTIVIDAD: CLASE I <input type="checkbox"/> CLASE II..... <input type="checkbox"/> CLASE III..... <input type="checkbox"/> CLASE IV..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13º	ACTIVIDAD QUE REALIZA EL ESTABLECIMIENTO CON PRODUCTOS MÉDICOS - COMERCIO POR MAYOR <input type="checkbox"/> - COMERCIO POR MENOR <input type="checkbox"/> - SELECCIÓN, ADQUISICIÓN, ALMACEN. Y DISTRIB. EN CENTROS ASISTENCIALES <input type="checkbox"/> - ALMACEN. Y DISTRIB. DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO RE-UTILIZABLE <input type="checkbox"/> * CENTRO DE ESTERILIZACIÓN PROPIO..... <input type="checkbox"/> * CENTRO DE ESTERILIZACIÓN TERCERIZADO..... <input type="checkbox"/> - REPARACIÓN DE EQUIPAMIENTO APARATO O SISTEMA DE USO O APLICACIÓN MÉDICA U ODONTOLÓGICA CLASIFICADO COMO PRODUCTO MÉDICO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14º	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO SUPERVISOR: NÚMERO DE MATRÍCULA: DNI (PDF):..... DOMICILIO LEGAL: TELÉFONOS: HORARIO DEL FARMACÉUTICO:	<input type="checkbox"/>
15º	NOMBRE Y APELLIDO DEL INGENIERO BIOMEDICO O BIOINGENIERO SUPERVISOR: NÚMERO DE MATRÍCULA (PDF): DNI (PDF):..... DOMICILIO LEGAL: TELÉFONOS: HORARIO DEL INGENIERO BIOMEDICO O BIOINGENIERO:	<input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

16°	SELLO REGLAMENTARIO	<input type="checkbox"/>
-----	---------------------	--------------------------

Se Notifica a los Sres. Propietarios y Supervisores técnicos:

La solicitud de habilitación debe ser suscripta en forma conjunta por el farmacéutico supervisor técnico, bioingeniero supervisor técnico y por el propietario de la farmacia. 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.	<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.	<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) 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"/>

LA HABILITACION SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL Y SU NOTIFICACION EN LEGAL FORMA.

 FIRMA DEL PROPIETARIO

 FIRMA FARMACEUTICO SUPERVISOR TÉCNICO

 FIRMA BIOINGENIERO SUPERVISOR

REVISIÓN: 05-2025