

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Traslado de Farmacia
Descripción	<p>Requisitos para el Traslado de una Farmacia.</p> <p>Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función de lo dispuesto por Decreto N° 2076/19. modificatorio del Art. 5° Decreto Reglamentario N° 355/09 y Resolución N° 3586/09.</p>
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	<p>El interesado deberá presentar en el Departamento de Farmacia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1- Nota firmada, solicitando pedido de FACTIBILIDAD, para efectuar el traslado de una farmacia, indicando la propiedad de la farmacia, informar si se trata de un local en construcción o no. 1.2- <u>Certificado de distancia</u> emitido por el Organismo Municipal que corresponda, teniendo en cuenta las distancias desde el local actual de la farmacia al nuevo local de traslado dentro de la misma sección y/o distrito, cuya medición deberá efectuarse de acuerdo a exigencia de Resolución N°3586/09 y Decreto N° 2076/19. 1.3- <u>Certificado de distancia</u> desde el local propuesto hasta las Farmacias mas cercanas emitido por el Organismo Municipal que corresponda y de acuerdo a exigencia de Resolución N°3586/09 y Decreto N° 2076/19. 1.4- Croquis o plano del local con distribución de áreas, aclarando la ubicación geográfica y propiedad. 1.5- Constancia de N° de CUIT de la Razón Social Propietaria de la Farmacia. 1.6- Constancia de Contribuyente Local de la Razon Social Propietaria de la Farmacia. 1.7- Instrumento legal que acredite disponibilidad del local

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

	<p>2- El Departamento de Farmacia notificará al interesado por ACTA y/o CEDULA, de la Factibilidad o No, para el Traslado de la farmacia y del vencimiento de los plazos a otorgar, según se trate de un local construido noventa(90) días corridos o de construcción de nuevo local doce(12) meses.</p> <p>El interesado deberá presentar “Solicitud de Traslado de Farmacias <u>ANEXO VI</u>” dentro de los plazos otorgados, <u>con documentación completa, firmas certificadas y abonado el arancel correspondiente según Resol N° 1094/2025.</u></p>
Arancel (Resol N° 1094/25)	120 UF
Solicitud	<p>ANEXO VI “SOLICITUD DE TRASLADO DE FARMACIA”</p> <p>“EL TRASLADO SE HARÁ EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”</p>

SOLICITUD DE TRASLADO DE FARMACIA ANEXO VI

Mendoza, ____/____/____.-

Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud y Deportes
 Sra. Jefa
 Farm. Maria Elsa Garcia
 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 DE LA FARMACIA:	<input type="checkbox"/>
2º	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"/> <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL DEL PROPIETARIO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL DEL PROPIETARIO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TELÉFONOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROFESIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º	NUEVO DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
4º	CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD. (Art 6º inc. f) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
5º	PLANO DEL LOCAL APROBADO POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE YCROQUIS CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS (Art 6º inc. e) Decreto N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
6º	ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO – SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). (Art.6º Inc. g) Dto. N° 2076/19)	<input type="checkbox"/>
7º	MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO ACTUAL: a) CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7º Inc. a) Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/> PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/> PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/> FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/> b) SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7º Inc. b) Decreto N° 2076/19). <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

 Dirección de Farmacología
 Ministerio de Salud y Deporte
 Provincia de Mendoza

	NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS. c) CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO d) CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/> e) CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/>	
8°	MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO EN NUEVO LOCAL: a) CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/> PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/> PREPARACION DE FORMULAS OFCIALES <input type="checkbox"/> FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/> b) SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto N° 2076/19). <input type="checkbox"/> NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFCIALES, NI FRACCIONAR DROGAS. <input type="checkbox"/> c) CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO d) CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/> e) CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decreto N° 2076/19) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9°	NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO: NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (PDF)..... NÚMERO DE MATRÍCULA: DOMICILIO LEGAL: TELÉFONOS:	<input type="checkbox"/>
10°	ANTIGÜEDAD DESDE LA HABILITACION DE LA FARMACIA:AÑOS. RESOLUCION N°.....AÑO:.....(PDF)	<input type="checkbox"/>

Se Notifica a los Sres. Propietarios y Directores técnicos:

La solicitud de traslado debe ser suscripta en forma conjunta por el farmacéutico director 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.

EL TRASLADO SE HARÁ EFECTIVO A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL Y SU NOTIFICACION EN LEGAL FORMA.

 FIRMA DEL PROPIETARIO

 FIRMA FARMACEUTICO DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 05-2025