



GOBIERNO DE MENDOZA
MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

MENDOZA, 19 FEB 2026

RESOLUCIÓN N° 000243

Visto el expediente EX-2025-09468456- -
GDEMZA-DDF#MSDSYD, en el cual se tramita la modernización de los
trámites que se realizan en el Departamento de Farmacia; y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 9625, que crea el Sistema de Administración Pública Digital de Mendoza con el "fin de facilitar la interacción de los administrados con el Estado, agilizar y garantizar el acceso al ejercicio de los derechos de los administrados, el cumplimiento de sus obligaciones, mejorar la eficiencia y transparencia de los servicios, fomentar la competitividad del Estado y promover una sociedad digital inclusiva.", se han elaborado los instructivos para cada uno de los trámites en la plataforma MENDOZA POR MI, los cuales deben ser aprobados para su utilización por parte de los administrados y debe publicarse adecuada e íntegramente, de conformidad con los Arts. 104 y 105 de la Ley N° 9003, en el Boletín Oficial y en el sitio electrónico del Ministerio de Salud y Deportes;

Que en el marco del Plan Estratégico de Salud de la Provincia de Mendoza se busca mejorar el acceso de los ciudadanos al Sistema de Salud, disminuyendo la carga y los tiempos burocráticos;

Que en orden 02 el Departamento de Farmacia solicita la aprobación de los instructivos para la gestión de trámites que realicen los administrados en el mencionado Departamento e inicien su gestión a través del Sistema Tickets del Gobierno de Mendoza y la plataforma Mendoza x Mi, a partir de los links que se encuentran detallados en orden 05;

Que en orden 33 se agregan los Instructivos para la gestión de cada uno de los trámites en la plataforma MENDOZA POR MI;

Por ello, en razón de lo solicitado, la conformidad de la Dirección Provincial de Farmacología y lo dictaminado por la Dirección General de Asuntos Jurídicos, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Ministerios N° 9501, la Ley N° 9625 y disposiciones que regulan el funcionamiento de los establecimientos que realizan actividades del ejercicio profesional farmacéutico,

EL MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

R E S U E L V E:

Artículo 1°- Establecer que la totalidad de los trámites gestionados en el Departamento de Farmacia deben iniciarse a través de los links detallados en el Anexo I que forma parte de la presente resolución.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARIA



GOBIERNO DE MENDOZA
MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

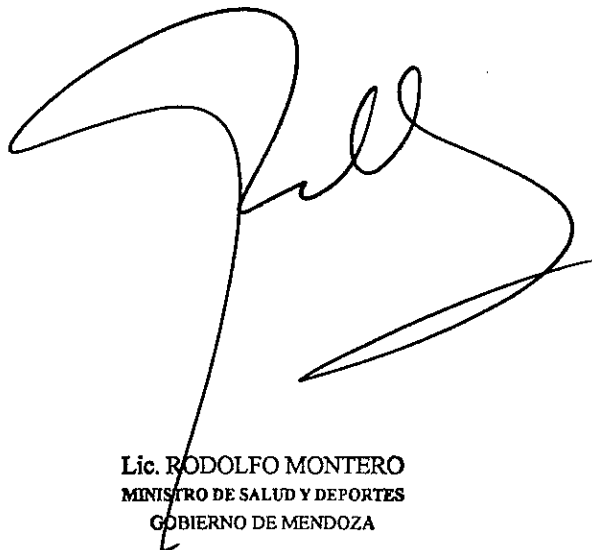
-2-

RESOLUCIÓN N° 000243

Artículo 2°- Aprobar los Instructivos para la gestión de trámites del Departamento de Farmacia, que como Anexo II forman parte de la presente resolución.

Artículo 3°- Comuníquese a quienes corresponda, publíquese y archívese.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA



Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA



EX-2025-09468456- -GDEMZA-DDF#MSDSYD

ANEXO I

RESOLUCIÓN N° 000243

LINKS DE ACCESO A TRÁMITES

• HABILITACIÓN DE FARMACIAS

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
MSYD_HABILITACION_FARMACIAS](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?MSYD_HABILITACION_FARMACIAS)

• TRASLADO DE FARMACIAS

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA TRASLADO DE FARMACIA](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA TRASLADO DE FARMACIA)

• TRASLADO DE DROGUERÍAS / DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA TRASLADO DROGUERIA](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA TRASLADO DROGUERIA)

• HABILITACIÓN DE DROGUERÍA

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_HABILITACION_DROGUERIA](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_HABILITACION_DROGUERIA)

• HABILITACIÓN DE DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_PROD_MED](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_PROD_MED)

• HABILITACIÓN DE SERVICIO DE FARMACIA

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_HABILITACION_SERVICIOS](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_HABILITACION_SERVICIOS)

• HABILITACIÓN DE FARMACIAS PROPIEDAD DE MUTUALES, OBRAS SOCIALES, SINDICATOS Y MEDICINA PREPAGA

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_HABILITACION_FARMACIAS_Y_OTROS](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_HABILITACION_FARMACIAS_Y_OTROS)

• SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LIBROS INFORMATIZADOS / ELECTRÓNICOS

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_LIBRO_INF_ELECT](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_LIBRO_INF_ELECT)

• SOLICITUD DE VALES DE COMERCIO DE PSICOTRÓPICOS Y/O ESTUPEFACIENTES PARA FARMACIA/ DROGUERÍA

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_SOL_VALES_COM_PSICOTROPICO](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_SOL_VALES_COM_PSICOTROPICO)

• APERTURA, SELLADO Y RUBRICADO DE LIBROS

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_APERTURA_SELLADO_LIBROS](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_APERTURA_SELLADO_LIBROS)

• MODIFICACIÓN DE FIRMA PROPIETARIA DE ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
MSYDFARMACIA_MODIFICACION_FIRMA](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?MSYDFARMACIA_MODIFICACION_FIRMA)

• CANCELACIÓN DE ESTABLECIMIENTO

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_CANCELACION_ESTABLECIMIENTO](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_CANCELACION_ESTABLECIMIENTO)

• SOLICITUD DE CERTIFICADOS

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_SOL_CERTIFICADO](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_SOL_CERTIFICADO)

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lt. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA



EX-2025-09468456- -GDEMZA-DDF#MSDSYD

ANEXO I
-2-

RESOLUCIÓN N° 000243

• CAMBIO DE DENOMINACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_CAMBIO_DENOMINACION%3F93N](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_CAMBIO_DENOMINACION%3F93N)

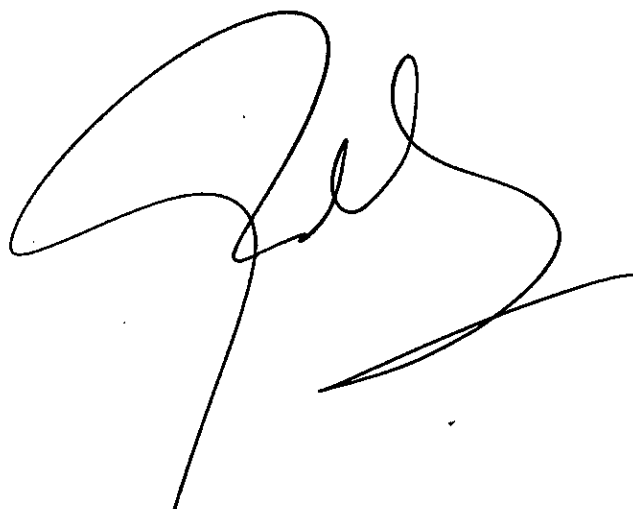
• DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS Y TURNOS VOLUNTARIOS

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_HORARIOS_Y_TURNOS](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_HORARIOS_Y_TURNOS)

• EXIMICIÓN PRECARIA DE TURNOS OBLIGATORIOS

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_EXIMICION_TURNOS](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_EXIMICION_TURNOS)

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA


Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

 PARA COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO, ES NECESARIO Y EXCLUYENTE TENER APROBADA LA ETAPA DE FACTIBILIDAD.

Instructivo de llenado de Formulario:
MSYD - FARMACIA - HABILITACIÓN DE FARMACIAS.

INGRESO A FORMULARIO

1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?MSYD_HABILITACION_FARMACIAS)
MSYD_HABILITACION_FARMACIAS

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

MSYD - FARMACIA - HABILITACIÓN DE FARMACIAS

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA

Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto, así como también un correo electrónico para contactarnos con usted.

El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

Presentada y aprobada la documentación, se realizará una inspección, coordinada a través de este medio. Una vez finalizada, recibirá el enlace de pago correspondiente al arancel.

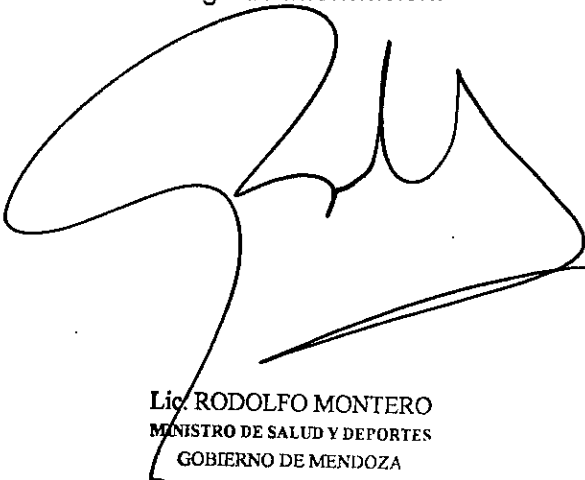
Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.



Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

1. DATOS DEL PROPIETARIO, FARMACÉUTICO Y ESTABLECIMIENTO

148

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).



DATOS DEL PROPIETARIO, FARMACÉUTICO Y ESTABLECIMIENTO

TIPO DE PERSONA	Persona Humana v	SEXO SEGÚN DOCUMENTO*	F - Femenino v
DOCUMENTO*	Documento Único v	NÚMERO*	
NOMBRE	APELLIDO		
CUIL			
EMAIL*			
REPETIR EMAIL*			
Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233			
TELÉFONO FIJO	INTERNO	CELULAR	
CALLE/RUTA*	NRO/KM*		
PAÍS*	ARGENTINA	PROVINCIA*	MENDOZA
DEPARTAMENTO*	-SELECCIONE- v	LOCALIDAD	-SELECCIONE- v
OBSERVACIÓN EXTRA			
DOMICILIO LEGAL*			
PROFESIÓN*			

REPRESENTANTE LEGAL (SOLO PARA PERSONAS JURÍDICAS)

ON	
NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL	

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

REDACCIÓN
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

FARMACÉUTICO

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE-- v

NÚMERO DE DOCUMENTO* _____

SEXO* --SELECCIONE-- v

Validar Respuesta

NOMBRE

APELLIDO

MATRÍCULA* _____

Validar Respuesta

ESTADO DE MATRÍCULA*

DOMICILIO LEGAL _____

TELÉFONO/S _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE* _____

DOMICILIO REAL* _____

DOMICILIO LEGAL* _____

DEPARTAMENTO* --SELECCIONE-- v

DISTRITO O SECCIÓN* --SELECCIONE-- v

TELÉFONO/S* 0

MAIL (CORREO ELECTRÓNICO) _____

NÚMERO DE TICKET DE FACTIBILIDAD* _____

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Inicio

Continuar

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

A. SOLICITANTE

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá tu nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

B. REPRESENTANTE LEGAL (SOLO PARA PERSONAS JURÍDICAS)

En el caso de que el solicitante sea una persona jurídica, deberá cargar el DNI y nombre completo del Representante Legal de la misma(este paso es opcional)

C. FARMACÉUTICO

En estos campos se deberá cargar los datos referentes al Farmacéutico de la institución, donde el DNI y matrícula serán validados por el sistema(otros datos a completar: domicilio legal y teléfono).

D. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento a habilitar.

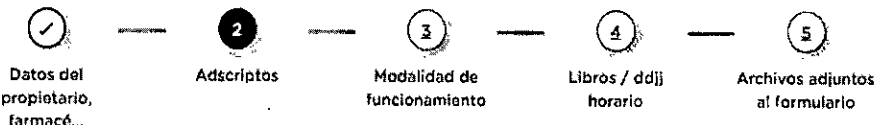
ES OBLIGATORIO SE INGRESE EL N° DE TICKET DE FACTIBILIDAD

● 2. ADSCRIPTOS

En esta sección se cargarán los datos de los farmacéuticos adscriptos en la institución(este paso es opcional).

Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

REF. FACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA



ADSCRIPTOS (paso opcional)

Agregar

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE	APELLIDO	MATRÍCULA
Inicio Volver Continuar			

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

3. MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO

148



MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO

MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO EN NUEVO LOCAL

LABORATORIO (80 M2 COMO MÍNIMO
(ART 7° INC. A) DECRETO N° 2076/19)

- ☐ PREPARACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES
- ☐ PREPARACIÓN DE FÓRMULAS OFICIALES
- ☐ FRACCIONAMIENTO DE DROGAS
- ☐ SIN LABORATORIO (60 M2 COMO MÍNIMO (ART 7° INC. B) DECRETO N° 2076/19).

[Seleccionar todas](#)

OTRAS ÁREAS

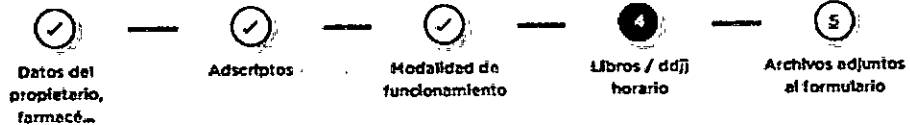
- ☐ FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO
- ☐ LABORATORIO HOMEOPÁTICO (ART 10° DECRETO N° 2076/19)
- ☐ APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (ART 31° DTO. N° 2076/19)

[Seleccionar todas](#)

[Inicio](#) [Volver](#) [Continuar](#)

En este paso deberemos seleccionar las actividades que se realizarán en el local a habilitar.

4. LIBROS / DDJJ HORARIO



LIBROS / DDJJ HORARIO

LIBRO RECETARIO

- ☐ ELECTRÓNICO
- ☐ INFORMATIZADO
- ☐ MANUAL

[Seleccionar todas](#)

LIBROS OFICIALES

- ☐ ELECTRÓNICO
- ☐ MANUAL

[Seleccionar todas](#)

DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS

LUNES A VIERNES. MAÑANA, DE / A
(HORAS):

LUNES A VIERNES. TARDE, DE / A
(HORAS):

SÁBADOS, DE / A (HORAS):

[Inicio](#) [Volver](#) [Continuar](#)

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Detallar el tipo de libro y el horario que cumplirá el nuevo establecimiento.



5. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO



Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
1 COPIA AUTENTICADA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 1 ✓
2 COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 1 ✓
3 PLANO DEL LOCAL	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 1 ✓
4 CERTIFICADO DE HABITABILIDAD	1	☒	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0 1 ✓
5 RÓTULOS	1	☒	DOCUMENTACIÓN SIN CLASIFICAR	0 1 ✓
6 SELLO REGLAMENTARIO	1	☒	DOCUMENTACIÓN SIN CLASIFICAR	0 1 ✓
7 CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA	1	☒	DOCUMENTACIÓN SIN CLASIFICAR	0 1 ✓
8 CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 1 ✓
9 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 1 ✓
10 ANEXO CON FIRMAS CERTIFICADAS	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 1 ✓

Inicio Volver Confirmar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación(con formato y peso) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

6. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

148

Solicitud realizada



DESCARGUE Y CONSERVE SU COMPROBANTE

Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante



Finalizar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante [Consulta Pública](#).

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

⚠ PARA COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO, ES NECESARIO Y EXCLUYENTE TENER APROBADA LA ETAPA DE FACTIBILIDAD.

**Instructivo de llenado de Formulario:
FARMACIA - TRASLADO DE FARMACIAS**

INGRESO A FORMULARIO

- 1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
- 2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA TRASLADO DE FARMACIA)
FARMACIA TRASLADO DE FARMACIA

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

FARMACIA - TRASLADO DE FARMACIAS

TRASLADO DE FARMACIAS

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted. El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica Presentada y aprobada la documentación, se realizará una inspección, coordinada a través de este medio. Una vez finalizada, recibirá el enlace de pago correspondiente al arancel.

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

Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

¿Ya cargó este formulario pero olvidó su número de trámite? Si usted ya respondió este formulario pero no recuerda el número de trámite, para hacer el seguimiento del mismo podemos reenviarle la información a su e-mail.

[HAGA CLICK AQUÍ](#)

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

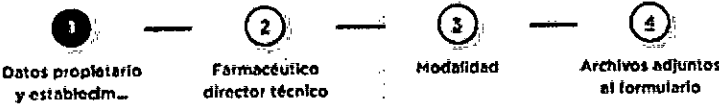
Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

1. DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

148

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).



DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

TIPO DE PERSONA	Persona Humana	SEXO SEGÚN DOCUMENTO*	F - Femenino
DOCUMENTO*	Documento Único	NÚMERO*	
<button>Verificar Documento</button>			
NOMBRE	APELLIDO		
CUIL			
EMAIL*			
REPETIR EMAIL*			
Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233			
TELÉFONO FIJO	INTERNO	CELULAR	
CALLE/RUTA*	NRO/KM*		
PAÍS*	ARGENTINA	PROVINCIA*	-SELECCIONE-
DEPARTAMENTO*	-SELECCIONE-	LOCALIDAD	-SELECCIONE-
OBSERVACIÓN EXTRA			
DOMICILIO LEGAL			

COMPLETAR SÓLO SI ES PERSONA JURÍDICA

DNI DEL REPRESENTANTE LEGAL	0
NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL	

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE*	
DOMICILIO*	
DEPARTAMENTO*	--SELECCIONE--
LOCALIDAD*	--SELECCIONE--
TELÉFONO*	0
EMAIL	
N° DE TICKET DE FACTIBILIDAD*	0

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

DATOS DE LA NUEVA INSTITUCIÓN

NUEVO DOMICILIO*

DEPARTAMENTO*

--SELECCIONE--

LOCALIDAD*

--SELECCIONE--

TELÉFONO*

0

EMAIL*

Info

A. SOLICITANTE

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón “VERIFICAR” el sistema traerá tu nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

B. REPRESENTANTE LEGAL (SOLO PARA PERSONAS JURÍDICAS)

En el caso de que el solicitante sea una persona jurídica, deberá cargar el DNI y nombre completo del Representante Legal de la misma(esteste paso es opcional)

C. DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Se deberá cargar lo referido a la institución: Nombre, Domicilio, Teléfono, Mail.

ES OBLIGATORIO COLOCAR EL N° DE TICKET DE FACTIBILIDAD.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

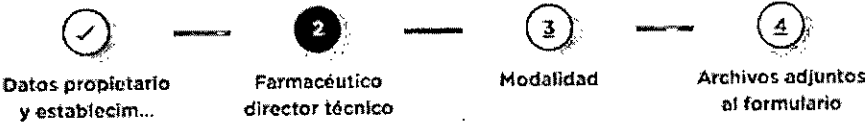
D. DATOS DE LA NUEVA INSTITUCIÓN

Completar con los datos de la nueva institución.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

2. FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

148



FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE-- v

NÚMERO DOCUMENTO* _____

SEXO* --SELECCIONE-- v

Validar Respuesta

NOMBRE/S*

APELLIDO/S*

MATRÍCULA* _____

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA

TELÉFONO* 0 _____

DOMICILIO LEGAL* _____

EMAIL* _____

Inicio

Volver

Continuar

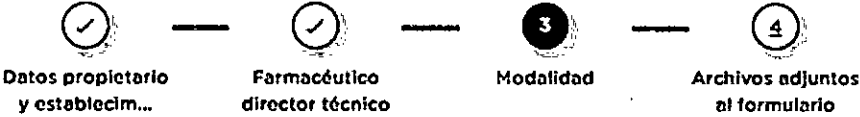
REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

En ésta sección se cargarán los datos del farmacéutico Director Técnico de la institución.
Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

3. MODALIDAD

148



MODALIDAD

MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO EN NUEVO LOCAL

LABORATORIO (80 M2 COMO
MÍNIMO (ART 7° INC. A)
DECRETO N° 2076/19)

- ☐ PREPARACIÓN DE FORMULAS MAGISTRALES
- ☐ PREPARACIÓN DE FÓRMULAS OFICIALES
- ☐ FRACCIONAMIENTO DE DROGAS
- ☐ SIN LABORATORIO (60 M2 COMO MÍNIMO (ART 7° INC. B) DECRETO N° 2076/19).

[Seleccionar todas](#)

OTRAS ÁREAS

- ☐ FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO
- ☐ LABORATORIO HOMEOPATICO (ART 10° DECRETO N° 2076/19)
- ☐ APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (ART.11° DTO. N° 2076/19)

[Seleccionar todas](#)

RESOLUCIÓN DE HABILITACIÓN

NÚMERO* 0

AÑO* 0

Inicio Volver Continuar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

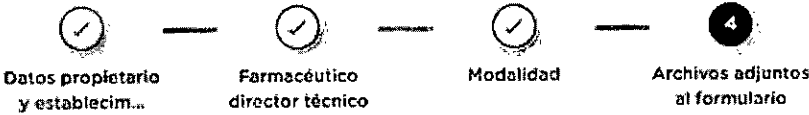
Seleccionar entre las opciones disponibles el tipo de laboratorio y otras áreas a instalar.

ES OBLIGATORIO COLOCAR EL N° DE RESOLUCIÓN Y AÑO DE HABILITACIÓN.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

4. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO

148



Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
1 CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD.	1	☐	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0 ↑ ✓
2 PLANO DEL LOCAL APROBADO POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE Y CROQUIS CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
3 ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO - SELLADO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM)	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
4 ANEXO CON FIRMAS CERTIFICADAS	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓

Inicio Volver Confirmar

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación (con formato y tamaño) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

5. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

Solicitud realizada



DESCARGUE Y CONSERVE SU COMPROBANTE

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante

Finalizar

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante Consulta Pública.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:
FARMACIA - Traslado de Droguerías - Distribuidores de Productos Médicos.

148

INGRESO A FORMULARIO

- 1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
- 2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA TRASLADO DROGUERIA)
FARMACIA TRASLADO DROGUERIA

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



DEPARTAMENTO DE FARMACIA

FARMACIA - Traslado de Droguerías- Distribuidores de Productos Medicos

TRASLADO DE DROGUERÍAS Y DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted. El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica. Requisitos para Traslado de Droguerías y Distribuidores de Productos Médicos detallados en anexo adjunto. TRÁMITE ARANCELADO Presentada y aprobada la documentación, se realizará una inspección, coordinada a través de este medio. Una vez finalizada, recibirá el enlace de pago correspondiente al arancel.

LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL.

Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

REDACCIÓN
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

¿Ya cargó este formulario pero olvidó su número de trámite? Si usted ya respondió este formulario pero no recuerda el número de trámite, para hacer el seguimiento del mismo podemos reenviarle la información a su e-mail.
[HAGA CLICK AQUÍ](#)

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

1. SELECCIÓN DE TEMA

148



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

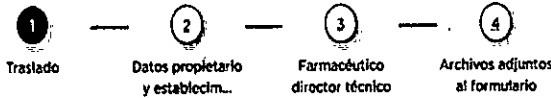
FARMACIA - Traslado de Droguerías- Distribuidores de Productos Medicos

TRASLADO DE DROGUERÍAS Y DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted. El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica. Requisitos para Traslado de Droguerías y Distribuidores de Productos Médicos detallados en anexo adjunto. TRÁMITE ARANCELADO Presentada y aprobada la documentación, se realizará una Inspección, coordinada a través de este medio. Una vez finalizada, recibirá el enlace de pago correspondiente al arancel.

LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL.

Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.



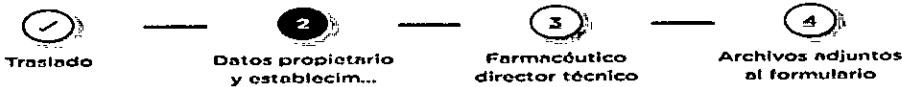
TRASLADO

TEMA -SELECCIONE-
-SELECCIONE-
DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS
DROGUERÍAS

En el primer paso, seleccionaremos el motivo del trámite.

2. DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).



DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

TIPO DE PERSONA	Persona Humana v	SEXO SEGÚN DOCUMENTO*	F - Femenino v
DOCUMENTO*	Documento Único v	NÚMERO*	
NOMBRE	APELLIDO		
CUIL			
EMAIL*			
REPETIR EMAIL*			
TELÉFONO FIJO	INTERNO	CELULAR	
CALLE/RUTA*	NRO/KM*		
PAÍS*	ARGENTINA	PROVINCIA*	-SELECCIONE- v
DEPARTAMENTO*	-SELECCIONE- v	LOCALIDAD	-SELECCIONE- v
OBSERVACIÓN EXTRA			
DOMICILIO LEGAL			

Lt. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

COMPLETAR SÓLO SI ES PERSONA JURÍDICA

DNI DEL REPRESENTANTE LEGAL 0

NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE*

DOMICILIO*

DEPARTAMENTO* --SELECCIONE--

LOCALIDAD* --SELECCIONE--

TELÉFONO* 0

EMAIL

RESOLUCIÓN DE HABILITACIÓN (NRO..AÑO)*

DATOS DE LA NUEVA INSTITUCIÓN

NUEVO DOMICILIO*

DEPARTAMENTO* --SELECCIONE--

LOCALIDAD* --SELECCIONE--

TELÉFONO* 0

EMAIL*

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

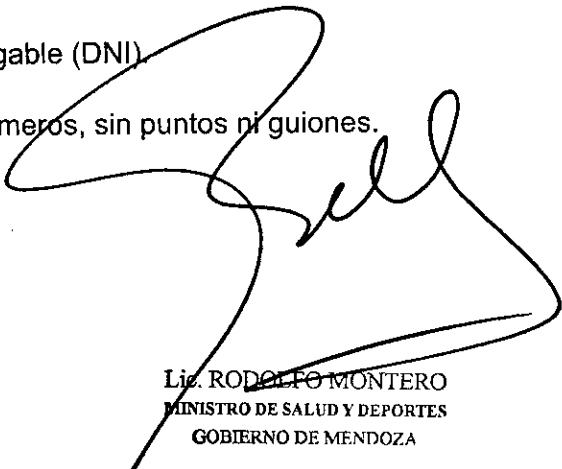
Inicio Volver

A. SOLICITANTE

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.



Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá tu nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

B. REPRESENTANTE LEGAL (SOLO PARA PERSONAS JURÍDICAS)

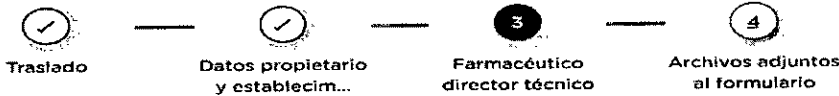
En el caso de que el solicitante sea una persona jurídica, deberá cargar el DNI y nombre completo del Representante Legal de la misma(este paso es opcional)

C. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento a trasladar, tanto viejo como nuevo: Nombre, Domicilio, Teléfono, Mail.

ES OBLIGATORIO COLOCAR RESOLUCIÓN DE HABILITACIÓN.

3. FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO



FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

TIPO DE DOCUMENTO*

--SELECCIONE--

NÚMERO DOCUMENTO*

SEXO*

--SELECCIONE--

Validar Respuesta

NOMBRE/S*

APELLIDO/S*

MATRÍCULA*

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA

TELÉFONO*

0

DOMICILIO LEGAL*

EMAIL*

Inicio

Volver

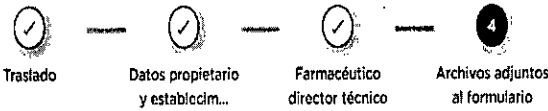
Continuar

REDACCIÓN
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

En ésta sección se cargarán los datos del farmacéutico Director Técnico de la institución. Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

4. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO



Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
1 COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO - SELLADO POR ATM	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
2 PLANO DEL LOCAL APROBADO POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE, CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS Y MEDIDAS	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
3 CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
4 SELLO REGLAMENTARIO	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
5 ANEXO CON FIRMAS CERTIFICADAS	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓

Inicio Volver Confirmar

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación(con formato y tamaño) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

5. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

Solicitud realizada



REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante

Finalizar

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante Consulta Pública.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:
FARMACIA - HABILITACIÓN DROGUERÍA

148

INGRESO A FORMULARIO

- 1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
- 2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_HABILITACION_DROGUERIA

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



DEPARTAMENTO DE FARMACIA

FARMACIA - HABILITACIÓN DROGUERÍA

HABILITACIÓN DE DROGUERÍAS

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted. El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

Presentada y aprobada la documentación, se realizará una inspección, coordinada a través de este medio. Una vez finalizada, recibirá el enlace de pago correspondiente al arancel.

Requisitos para Habilitación de Droguerías detallados en anexo adjunto. TRÁMITE ARANCELADO.

LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL

Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

¿Ya cargó este formulario pero olvidó su número de trámite? Si usted ya respondió este formulario pero no recuerda el número de trámite, para hacer el seguimiento del mismo podemos reenviarle la información a su e-mail. [HAGA CLICK AQUÍ](#)

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

1. DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

148

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).



DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

TIPO DE PERSONA	Persona Humana	SEXO SEGÚN DOCUMENTO*	F - Femenino
DOCUMENTO*	Documento Único	NÚMERO*	
<button>Verificar Documento</button>			
NOMBRE	APELLIDO		
CUIL			
EMAIL*			
REPETIR EMAIL*			
Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ej: 2616112233			
TELÉFONO FIJO	INTERNO	CELULAR	
CALLE/RUTA*	NRO/KM*		
PAÍS*	ARGENTINA	PROVINCIA*	-SELECCIONE-
DEPARTAMENTO*	-SELECCIONE-	LOCALIDAD	-SELECCIONE-
OBSERVACIÓN EXTRA			
DOMICILIO LEGAL*			
PROFESIÓN*			

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

COMPLETAR SOLO SI ES PERSONA JURÍDICA

DNI DEL REPRESENTANTE LEGAL _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE* _____

DOMICILIO* _____

DEPARTAMENTO* --SELECCIONE-- ▾

LOCALIDAD* --SELECCIONE-- ▾

TELÉFONO* _____ 0

E-MAIL* _____

TIPO DE DROGUERÍA*

- ☐ TIPO A
☐ TIPO B
☐ TIPO C

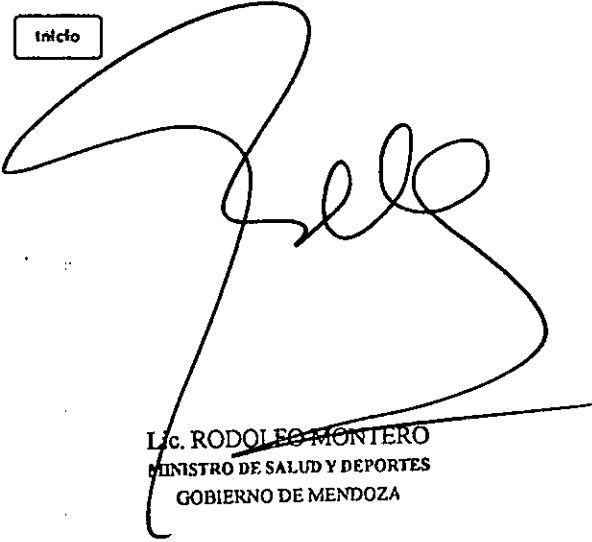
[Seleccionar todas](#)

LIBROS OFICIALES*

- ☐ ELECTRÓNICOS POR SISTEMA
☐ MANUAL

[Seleccionar todas](#)

Inicio



Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

A. SOLICITANTE

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá tu nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

B. REPRESENTANTE LEGAL (SOLO PARA PERSONAS JURÍDICAS)

En el caso de que el solicitante sea una persona jurídica, deberá cargar el DNI y nombre completo del Representante Legal de la misma (este paso es opcional)

C. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento a habilitar: Nombre, Domicilio, Teléfono, Mail.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

ES OBLIGATORIO SE SELECCIONE EL TIPO DE DROGUERÍA Y LOS LIBROS OFICIALES.

Lic. **RODOLFO MONTERO**
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

2. FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO



FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE--v

NÚMERO DOCUMENTO* _____

SEXO* --SELECCIONE--v

Validar Respuesta

NOMBRE/S*

APELLIDO/S*

MATRÍCULA* _____

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA

TELÉFONO* 0 _____

DOMICILIO LEGAL* _____

E-MAIL* _____

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Inicio Volver Continuar

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

En ésta sección se cargarán los datos del farmacéutico Director Técnico de la institución. Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

148

3. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO



Archivos Adjuntos al Formulario

Descargue y conserve su comprobante

Tamaño máximo por archivo permitido: 15MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)

Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.

Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
1 CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA HUMANA / JURÍDICA, EMITIDO POR ATM	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO - SELLADO POR ATM	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 PLANO DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE Y CROQUIS CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 FACTIBILIDAD PARA EJERCER LA ACTIVIDAD COMERCIAL EMITIDA POR EL MUNICIPIO	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 RÓTULOS	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
1 SELLO REGLAMENTARIO	1	☒	DOCUMENTACIÓN SIN CLASIFICAR	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO EMITIDO POR LA SCJ QUE ACREDITE QUE LA PERSONA HUMANA/JURÍDICA NO SE ENC. CONCURSADA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES DE LA PERSONA HUMANA Y/O DEL REP. LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (ART. 2º DECRETO 1313/24)	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
1 ANEXO CON FIRMAS CERTIFICADA	1	☒	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0 ↑ ✓

[Inicio](#) [Volver](#) [Confirmar](#)

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación(con formato y tamaño) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

REDACTOR

SUPERVISIÓN

SEC. GENERAL

DIRECTOR

SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

● 4. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA



Solicitud realizada



DESCARGUE Y CONSERVE SU COMPROBANTE

Número de Trámite 6337170

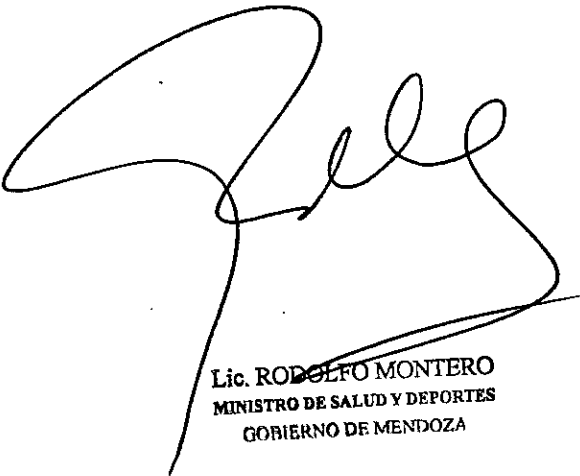
Impresión del Comprobante



Finalizar

REDACCIÓN
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante [Consulta Pública](#).


Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:

FARMACIA - HABILITACIÓN DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS

148

INGRESO A FORMULARIO

1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_PROD_MED)
FARMACIA PROD MED

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

FARMACIA - HABILITACIÓN DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS

HABILITACIÓN DE DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted. El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

Presentada y aprobada la documentación, se realizará una Inspección, coordinada a través de este medio. Una vez finalizada, recibirá el enlace de pago correspondiente al arancel.

Requisitos para Habilitación de Distribuidores de Productos Médicos detallados en anexo adjunto. **TRÁMITE ARANCELADO.**

LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL

Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

1. DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. ROBERTO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

FARMACIA - HABILITACIÓN DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS

HABILITACIÓN DE DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS MÉDICOS

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.
Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted.
El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

Presentada y aprobada la documentación, se realizará una inspección, coordinada a través de este medio. Una vez finalizada, recibirá el enlace de pago correspondiente al arancel.

Requisitos para Habilitación de Distribuidores de Productos Médicos detallados en anexo adjunto. TRÁMITE ARANCELADO.

LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL

Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.

1

Datos propietario
y establecim...

2

Datos
farmacéutico

3

Información
adicional

4

Archivos adjuntos
al formulario

DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

TIPO DE PERSONA Persona Humana

SEXO SEGÚN DOCUMENTO F - Femenino

DOCUMENTO Documento Único

NÚMERO

Verificar Documento

NOMBRE

APELLIDO

CUIL

EMAIL

REPETIR EMAIL

Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233

TELÉFONO FIJO

INTERNO

CELULAR

CALLE/RUTA

NRO/KM

PAÍS

ARGENTINA

PROVINCIA

-SELECCIONE-

DEPARTAMENTO

-SELECCIONE-

LOCALIDAD

-SELECCIONE-

OBSERVACIÓN
EXTRA

DOMICILIO LEGAL

PROFESIÓN

DNI DEL REPRESENTANTE LEGAL
(SI ES PERS. JUR.):

NOMBRE Y APELLIDO DEL
REPRESENTANTE LEGAL (SI ES
PERS. JUR.):

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE

DOMICILIO

DEPARTAMENTO

-SELECCIONE-

LOCALIDAD

-SELECCIONE-

TELÉFONO

0

EMAIL

Inicio

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

7468

A. SOLICITANTE

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón “VERIFICAR” el sistema traerá tu nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

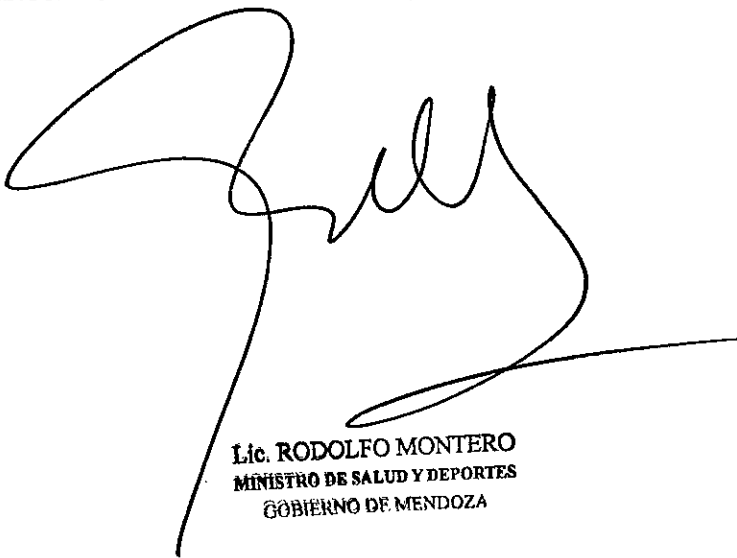
B. REPRESENTANTE LEGAL (SOLO PARA PERSONAS JURÍDICAS)

En el caso de que el solicitante sea una persona jurídica, deberá cargar el DNI y nombre completo del Representante Legal de la misma(este paso es opcional)

C. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento a habilitar: Nombre, Domicilio, Teléfono, Mail.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA



Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

2. FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

148



Datos Farmacéutico

FARMACÉUTICO SUPERVISOR

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE--

NÚMERO DOCUMENTO*

SEXO* --SELECCIONE--

Validar Respuesta

NOMBRE/S*

APELLIDO/S*

MATRÍCULA*

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA

TELÉFONO* 0

DOMICILIO LEGAL*

INGENIERO BIOMÉDICO O BIOINGENIERO SUPERVISOR

TIPO DE DOCUMENTO BIO* --SELECCIONE--

NÚMERO DOCUMENTO BIO*

SEXO BIO* --SELECCIONE--

Validar Respuesta

NOMBRE/S BIO*

APELLIDO/S BIO*

MATRÍCULA BIO*

TELÉFONO* 0

DOMICILIO LEGAL*

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

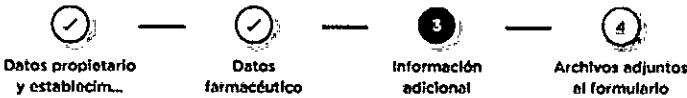
Inicio Volver Continuar

En ésta sección se cargarán los datos del farmacéutico Superior de la institución y los del INGENIERO BIOMÉDICO O BIOINGENIERO SUPERVISOR de la misma. Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

3. INFORMACIÓN ADICIONAL

148



Información Adicional

ACTIVIDAD QUE REALIZA EL ESTABLECIMIENTO CON PRODUCTOS MÉDICOS

COMERCIO POR MAYOR* --SELECCIONE-- v

COMERCIO POR MENOR* --SELECCIONE-- v

REPARACIÓN DE EQUIPAMIENTO
APARATO O SISTEMA DE USO O
APLICACIÓN MÉDICA U
ODONTOLÓGICA CLASIFICADO
COMO PRODUCTO MÉDICO* --SELECCIONE-- v

ADQUISICIÓN, ALMACEN Y
DISTRIBUCIÓN EN CENTROS
ASISTENCIALES* --SELECCIONE-- v

CENTRO DE ESTERILIZACIÓN* --SELECCIONE-- v

TIPO DE PRODUCTOS

TIPO PRODUCTOS MÉDICOS
OBJETO DE LA ACTIVIDAD*

☐ PRODUCTO MÉDICO DE USO ÚNICO

☐ PRODUCTO MÉDICO ACTIVO

☐ PRODUCTO MÉDICO ACTIVO PARA TERAPIA

☐ PRODUCTO MÉDICO INVASIVO

☐ PRODUCTO MÉDICO QUIRÚRGICAMENTE INVASIVO

☐ PRODUCTO MÉDICO ACTIVO PARA DIAGNÓSTICO

☐ INSTRUMENTO QUIRÚRGICO RÉUTILIZABLE

☐ OTROS

Seleccionar todas

SI SELECCIONÓ OTRO, POR
FAVOR DETALLE:

CLASE DE PRODUCTOS MÉDICOS
OBJETO DE LA ACTIVIDAD *

☐ CLASE I

☐ CLASE II

☐ CLASE III

☐ CLASE IV

Seleccionar todas

Inicio Volver Continuar

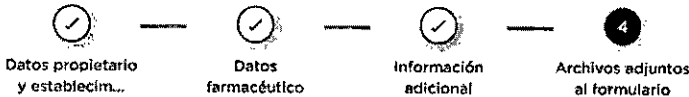
REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Completamos seleccionando las opciones correspondientes al establecimiento

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

4.ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO

148



Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
1 CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA HUMANA / JURÍDICA, EMITIDO POR ATM	1	☒	DOCUMENTACIÓN FISCAL O TRIBUTARIA	0 ↑ ✓
2 CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
3 "ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO - SELLADO POR ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA DE MENDOZA ATM	1	☒	DOCUMENTACIÓN FISCAL O TRIBUTARIA	0 ↑ ✓
4 PLANO DEL LOCAL APROBADO POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE Y CROQUIS CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
5 "CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD.	1	☒	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0 ↑ ✓
6 FACTIBILIDAD PARA EJERCER LA ACTIVIDAD COMERCIAL EMITIDA POR EL MUNICIPIO DONDE SE RADIQUE LA DISTR	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
7 SELLO REGLAMENTARIO	1	☒	DOCUMENTACIÓN GRÁFICA/VISUAL	0 ↑ ✓
8 CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITA QUE LA PERSONA HUMANA/JURÍDICA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
9 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES DE LA PERSONA HUMANA Y/O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
10 ANEXO CON FIRMAS CERTIFICADA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓

Inicio Volver Confirmar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación (con formato y tamaño) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

○ 5. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

148

Solicitud realizada



DESCARGUE Y CONSERVE SU COMPROBANTE

Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante



REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante Consulta Pública.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:
FARMACIA - HABILITACIÓN SERVICIO DE FARMACIA

148

INGRESO A FORMULARIO

- 1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
- 2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA HABILITACION SERVICIOS](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA%20HABILITACION%20SERVICIOS)

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



DEPARTAMENTO DE FARMACIA

FARMACIA - HABILITACIÓN SERVICIO DE FARMACIA

HABILITACIÓN SERVICIO DE FARMACIA

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.
Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted.
El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

Presentada y aprobada la documentación, se realizará una inspección, coordinada a través de este medio. Una vez finalizada, recibirá el enlace de pago correspondiente al arancel.

Requisitos para Habilitación Servicio de Farmacia detallados en anexo adjunto. TRÁMITE ARANCELADO.

LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL

Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

¿Ya cargó este formulario pero olvidó su número de trámite? Si usted ya respondió este formulario pero no recuerda el número de trámite, para hacer el seguimiento del mismo podemos reenviarle la información a su e-mail.
[HAGA CLICK AQUÍ](#)

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

1. DATOS VARIOS

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA



DATOS VARIOS

TIPO DE PERSONA	Persona Humana	SEXO SEGÚN DOCUMENTO*	F - Femenino
DOCUMENTO*	Documento Único	NÚMERO*	
Verificar Documento			
NOMBRE	APELLIDO		
CUIL			
EMAIL*			
REPETIR EMAIL*			
Ingreso ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233			
TELÉFONO FIJO	INTERNO	CELULAR	
CALLE/RUTA*	NRO/KM*		
PAÍS*	ARGENTINA	PROVINCIA*	MENDOZA
DEPARTAMENTO*	-SELECCIONE-	LOCALIDAD	-SELECCIONE-
OBSERVACIÓN EXTRA			
DOMICILIO LEGAL*			
PROFESIÓN*			
DNI DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI ES PERS. JUR.)		0	
NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI ES PERS. JUR.)			

A. SOLICITANTE

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.
Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).
Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.
Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá tu nombre y apellido.
Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).
Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

B. REPRESENTANTE LEGAL (SOLO PARA PERSONAS JURÍDICAS)

En el caso de que el solicitante sea una persona jurídica, deberá cargar el DNI y nombre completo del Representante Legal de la misma (este paso es opcional)

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE*

DOMICILIO*

DEPARTAMENTO*

--SELECCIONE--

LOCALIDAD*

--SELECCIONE--

TELÉFONO*0

EMAIL*

TIPO DE HABILITACIÓN DE SERVICIO DE FARMACIA

SELECCIONE TIPO*

--SELECCIONE--

COMPLEJIDAD DE SERVICIOS

(EN CASO DE SER HABILITACIÓN SERVICIO DE FARMACIA) COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS: *

--SELECCIONE--

(EN CASO DE SER CON INTERNACIÓN) NRO DE CAMAS:

Inicio

C. DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Estos campos se deben completar con los datos correspondientes a la institución.

D. TIPO DE HABILITACIÓN DE SERVICIO DE FARMACIA

En estos campos se deberá seleccionar el tipo de servicio a habilitar

E. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento a habilitar.

F. COMPLEJIDAD DE SERVICIOS

Completar según características de la institución

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

2. FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO



FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO SALIENTE

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE--

NÚMERO DOCUMENTO*

SEXO* --SELECCIONE--

Validar Respuesta

NOMBRE/S*

APELLIDO/S*

MATRÍCULA*

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA

DOMICILIO LEGAL*

TELÉFONO* 0

HORARIOS*

Inicio

Volver

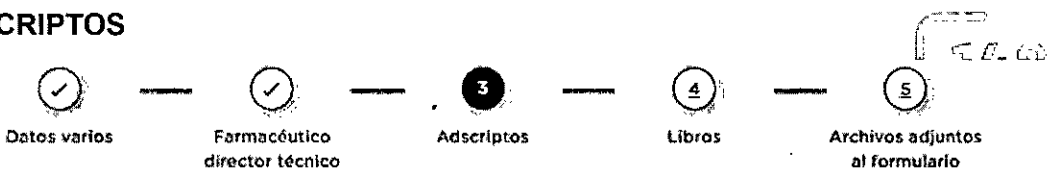
Continuar

REDACCIÓN
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

En ésta sección se cargarán los datos del farmacéutico Director Técnico de la institución. Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

3. ADSCRIPTOS



ADSCRIPTOS (paso opcional)

Agregar

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE	APELLIDO	MATRICULA
Inicio Volver Continuar			

En esta sección se cargarán los datos de los farmacéuticos adscriptos en la institución (este paso es opcional). Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Paso 3 - Ingreso de datos

ADSCRIPTOS (paso opcional)

TIPO DE DOCUMENTO --SELECCIONE--

NÚMERO DOCUMENTO

SEXO --SELECCIONE--

Validar Respuesta

NOMBRE/S

APELLIDO/S

MATRICULA

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA

DOMICILIO

HORARIOS

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Cancelar Confirmar

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

4. LIBROS

148



LIBROS

LIBRO RECETARIO

- ☐ ELECTRÓNICO
- ☐ INFORMATIZADO
- ☐ MANUAL

[Seleccionar todas](#)

LIBROS OFICIALES

- ☐ ELECTRÓNICO
- ☐ MANUAL

[Seleccionar todas](#)

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

[Inicio](#) [Volver](#) [Continuar](#)

Detallar el tipo de libro a habilitar para el establecimiento.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

5. Archivos Adjuntos al Formulario

148



Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
1 CERTIFICADO CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERS. HUMANA/ RAZÓN SOCIAL DE LA PERS. JUR. POR ATM	1	☒	DOCUMENTACIÓN FISCAL O TRIBUTARIA	0 ↑ ✓
1 COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA	1	☐	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 PLANO DEL LOCAL APROBADOS POR LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE Y CROQUIS CON DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO DE HABITABILIDAD O DOCUMENTO QUE ACREDITA LA MISMA OTORGADO POR LA MUNICIPALIDAD	1	☐	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE /DIRECTOR TÉCNICO Y/O FARMACÉUTICO ADSC.	1	☐	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0 ↑ ✓
1 LISTADO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES Y/O INSUMOS SANITARIOS (ART. 13º DEC. 2076/19)	1	☒	DOCUMENTACIÓN GRÁFICA/VISUAL	0 ↑ ✓
1 ROTULOS	1	☐	DOCUMENTACIÓN GRÁFICA/VISUAL	0 ↑ ✓
1 SELLO REGLAMENTARIO	1	☒	DOCUMENTACIÓN GRÁFICA/VISUAL	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE QUE LA PERSONA HUMANA/JURÍDICA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES DE LA PERSONA HUMANA Y/O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 ANEXO CON FIRMAS CERTIFICADAS	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓

REDACTOR

SUPERVISIÓN

SEC. GENERAL

DIRECTOR

SUBSECRETARÍA

Inicio

Volver

Confirmar

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación(con formato y peso) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

Lt. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

6. Confirmación de Solicitud realizada

148

Solicitud realizada



Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante 

REDACCIÓN
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Finalizar

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante [Consulta Pública](#).

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:

HABILITACIÓN FARMACIAS PROPIEDAD DE MUTUALES, OBRAS SOCIALES, SINDICATOS, MEDICINA PREPAGA

148

INGRESO A FORMULARIO

1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_HABILITACION_FARMACIAS_Y_OTROS

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

HABILITACIÓN FARMACIAS PROPIEDAD DE MUTUALES, OBRAS SOCIALES, SINDICATOS, MEDICINA PREPAGA

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted.

El formulario debe ser completado por una persona jurídica.

Requisitos para Habilitación de Farmacias Propiedad de Mutuales, Obras Sociales, Sindicatos, Medicina Prepaga detallados en anexo adjunto.

TRÁMITE ARANCELADO

Presentada y aprobada la documentación, se realizará una inspección, coordinada a través de este medio. Una vez finalizada, recibirá el enlace de pago correspondiente al arancel.

LA HABILITACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL.

Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

¿Ya cargó este formulario pero olvidó su número de trámite? Si usted ya respondió este formulario pero no recuerda el número de trámite, para hacer el seguimiento del mismo podemos reenviarle la información a su e-mail.

HAGA CLICK AQUÍ

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

REDACTOR

SUPERVISIÓN

SEC. GENERAL

DIRECTOR

SUBSECRETARÍA

1. SELECCIÓN DE TEMA



TIPO DE FARMACIA A HABILITAR

-SELECCIONE-

Inicio

Continuar

En el primer paso, seleccionaremos el tipo de farmacia a habilitar.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

2. DATOS DEL SOLICITANTE

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).



DATOS DEL SOLICITANTE

TIPO DE PERSONA Persona JurídicaCUIT* XX-XXXXXXX-X[Verificar CUIT](#)

RAZÓN SOCIAL

EMAIL*

REPETIR EMAIL*

Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233

TELÉFONO FIJO

INTERNO

CELULAR

CALLE/RUTA*

NRO/KM*

PAÍS* ARGENTINA

PROVINCIA* MENDOZA

DEPARTAMENTO* --SELECCIONE--LOCALIDAD --SELECCIONE--OBSERVACIÓN
EXTRA

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE--

DNI*

SEXO* --SELECCIONE--[Validar Respuesta](#)

NOMBRE

APELLIDO

PROFESIÓN*

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

DATOS DEL FARMACÉUTICO

TIPO DE DOCUMENTO*

--SELECCIONE--v

DNI*

SEXO*

--SELECCIONE--v

Validar Respuesta

NOMBRE

APELLIDO

DOMICILIO LEGAL*

TELÉFONO*

0

MATRÍCULA*

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

DOMICILIO REAL*

DEPARTAMENTO*

--SELECCIONE--v

DISTRITO O SECCIÓN*

--SELECCIONE--v

TELÉFONO*

0

E-MAIL

Inicio

Volver

A. DATOS DEL PROPIETARIO

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Número de CUIT: Ingresá CUIT con el siguiente formato XX-XXXXXXXX-X.

Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá información sobre el cuit ingresado.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

B. REPRESENTANTE LEGAL

Deberá cargar el DNI y nombre completo del Representante Legal de la misma.

C. DATOS DEL FARMACÉUTICO

Se deberá cargar lo referido al farmacéutico de la institución.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

3. ADSCRIPTOS

Tipo de farmacia a habilitar

Datos del solicitante

3

Adscriptos

Modalidad de funcionamiento

Archivos adjuntos al formulario

ADSCRIPTOS

Agregar

DNI	NOMBRE	APELLIDO	MATRÍCULA

Inicio

Volver

Continuar

En esta sección se cargarán los datos de los farmacéuticos adscriptos en la institución (este paso es opcional).

ME

Ministerio de Salud y Deportes

EL PRESENTE FORMULARIO DE REGISTRO DE ADSCRIPTOS ES OBLIGATORIO PARA TODAS LAS INSTITUCIONES QUE SEAN DEPENDIENTES DEL GOBIERNO DE MENDOZA. El formulario debe ser completado por el farmacéutico adscripto o por el representante de la institución.

Requisitos para Eximirse de la Obligación de Registro:
LA EXIMICIÓN PRESENTARÁ LA AUTORIZACIÓN DEL GOBIERNO PROVINCIAL DE SALUD Y DEPORTES.

TIPO DE DOCUMENTO

--SELECCIONE--

NÚMERO DOCUMENTO

SEXO

--SELECCIONE--

NOMBRE/S

APELLIDO/S

MATRÍCULA

ESTADO MATRÍCULA

DOMICILIO

Validar Respuesta

Validar Respuesta

ADSCRIPTOS (paso opcional)

TIPO DE DOCUMENTO

NÚMERO DOCUMENTO

SEXO

NOMBRE/S

APELLIDO/S

MATRÍCULA

ESTADO MATRÍCULA

DOMICILIO

Agregar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

4. MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO

148



MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO

LABORATORIO (80 M2 COMO MÍNIMO (ART 7° INC. A) DECRETO N° 2076/19) *

- ☐ FRACCIONAMIENTO DE DROGAS
- ☐ PREPARACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES
- ☐ PREPARACIÓN DE FÓRMULAS OFICIALES
- ☐ SIN LABORATORIO (60 M² COMO MÍNIMO (ART 7° INC. B) DECRETO N° 2076/19)

Seleccionar todas

OTRAS ÁREAS

- ☐ FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO
- ☐ LABORATORIO HOMEOPÁTICO (ART 10° DECRETO N° 2076/19)
- ☐ APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (ART.11° DTO. N° 2076/19)

Seleccionar todas

LIBROS

LIBRO RECETARIO

- ☐ ELECTRÓNICO
- ☐ INFORMATIZADO
- ☐ MANUAL

Seleccionar todas

LIBROS OFICIALES

- ☐ ELECTRÓNICO
- ☐ MANUAL

Seleccionar todas

Inicio Volver Continuar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Seleccionaremos entre las opciones disponibles las que apliquen a la solicitud.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

● 5. DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS

En este paso deberemos declarar los horarios que cumplirá la farmacia.

148



DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS

HORARIOS

HORARIOS DE LUNES A VIERNES
(MAÑANA)*

HORARIOS DE LUNES A VIERNES
(TARDE)*

HORARIOS DE SÁBADO*

Inicio

Volver

Continuar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

6. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO

148



Archivos Adjuntos al Formulario

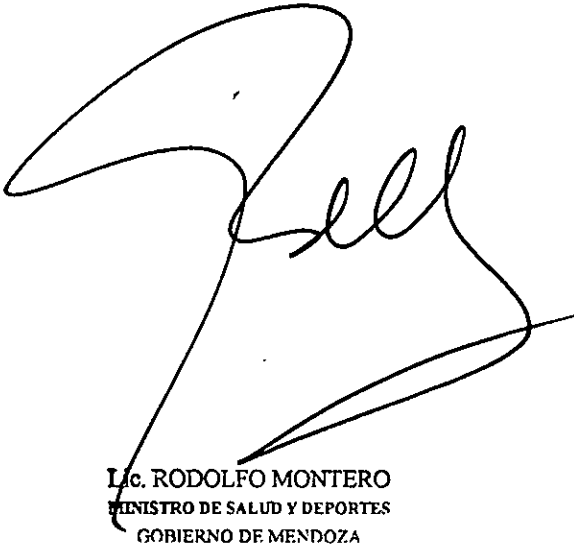
Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
1 CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE	1	☒	DOCUMENTACIÓN FISCAL O TRIBUTARIA	0 ↑ ✓
1 COPIA DEL ESTATUTO, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE MUTUALIDADES	1	☒	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0 ↑ ✓
1 COPIA AUTENTICADA DE ESCRITURA / CONTRATO DE LOCACIÓN / COMODATO	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
1 PLANO DEL LOCAL	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO DE HABITABILIDAD	1	☒	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA	1	☒	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0 ↑ ✓
1 RÓTULOS	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
1 SELLO REGLAMENTARIO	1	☒	DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 ANEXO CON FIRMAS CERTIFICADAS	1	☒	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0 ↑ ✓

Inicio Volver Confirmar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación (con formato y peso) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.


Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

○ 7. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

148

Solicitud realizada



DESCARGUE Y CONSERVE SU COMPROBANTE

Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante



REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante Consulta Pública.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:

**FARMACIA - SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LIBROS INFORMATIZADOS /
ELECTRÓNICOS**

14/3

INGRESO A FORMULARIO

1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_LIBRO_INF_ELECT)
[FARMACIA_LIBRO_INF_ELECT](#)

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

**FARMACIA - SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LIBROS INFORMATIZADOS /
ELECTRÓNICOS**

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LIBROS INFORMATIZADOS / ELECTRÓNICOS

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted. El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

Requisitos para Solicitud de autorización de libros informatizados / electrónicos detallados en anexo adjunto. TRÁMITE NO ARANCELADO

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

¿Ya cargó este formulario pero olvidó su número de trámite? Si usted ya respondió este formulario pero no recuerda el número de trámite, para hacer el seguimiento del mismo podemos reenviarle la información a su e-mail.
[HAGA CLICK AQUÍ](#)

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

1. DATOS DEL PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).

A. DATOS DEL PROPIETARIO

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá tu nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

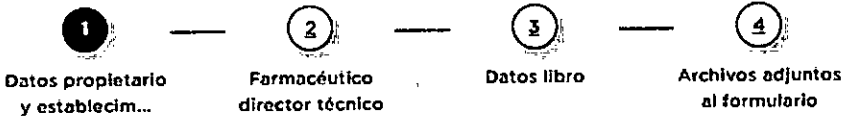
Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO
Se deberá cargar lo referido al establecimiento en cuestión.

148



DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

TIPO DE PERSONA	Persona Humana	SEXO SEGÚN DOCUMENTO*	F - Femenino
DOCUMENTO*	Documento Único	NÚMERO*	
<button>Verificar Documento</button>			
NOMBRE	APELLIDO		
CUIL			
EMAIL*			
REPETIR EMAIL*			
Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233			
TELÉFONO FIJO	INTERNO	CELULAR	
CALLE/RUTA*	NRO/KM*		
PAÍS*	ARGENTINA	PROVINCIA*	MENDOZA
DEPARTAMENTO*	-SELECCIONE-	LOCALIDAD	-SELECCIONE-
OBSERVACIÓN EXTRA			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

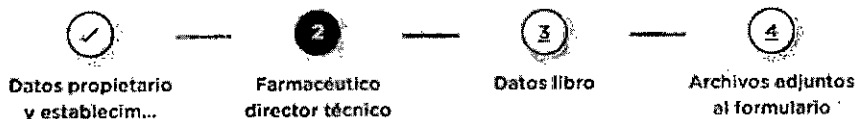
NOMBRE*	
DOMICILIO*	
DEPARTAMENTO*	--SELECCIONE--
LOCALIDAD*	--SELECCIONE--
TELÉFONO*	0
CORREO*	

Inicio

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

2. FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

148



FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE-- v

NÚMERO DOCUMENTO*

SEXO* --SELECCIONE-- v

Validar Respuesta

NOMBRE/S*

APELLIDO/S*

MATRÍCULA*

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA

TELÉFONO* 0

DOMICILIO LEGAL*

E-MAIL*

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Inicio

Volver

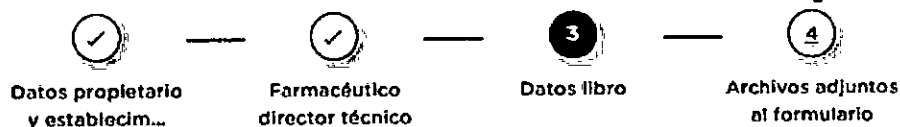
Continuar

En esta sección se cargarán los datos del Farmacéutico Director Técnico.

Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

● 3. LIBROS A SOLICITAR



148

DATOS LIBRO A SOLICITAR

FÓRMATO DE LIBRO A SOLICITAR*

- ☐ ELECTRÓNICO
☐ INFORMATIZADO

[Seleccionar todas](#)

TIPO DE LIBRO A SOLICITAR*

- ☐ OFICIAL ALCALOIDES
☐ OFICIAL PSICOTRÓPICOS
☐ RECETARIO

[Seleccionar todas](#)

PROGRAMA DE GESTIÓN FARMACÉUTICA*

[--SELECCIONE-- v](#)

Inicio

Volver

Continuar

Deberemos seleccionar el formato, tipo de libro a solicitar y programa de gestión farmacéutica.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

PROGRAMA DE GESTIÓN FARMACÉUTICA*

[--SELECCIONE--](#)

DOKA PHARMA
GACI
GESTOR
PLEX 25
SIDICO
TOCUH & SALE

[--SELECCIONE-- v](#)

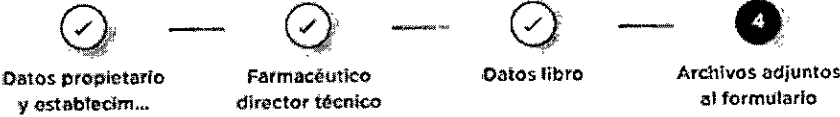
Inicio

Volver

Continuar

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

4. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO



Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
ANEXO FIRMADO	1	☒	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0

[Inicio](#) [Volver](#) [Confirmar](#)

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación(con formato y peso) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

5. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD

Solicitud realizada



DESCARGUE Y CONSERVE SU COMPROBANTE

Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante

[Finalizar](#)

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante [Consulta Pública](#).

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:
FARMACIA - SOLICITUD DE VALES DE COMERCIO DE PSICOTRÓPICOS Y/O
ESTUPEFACIENTES PARA FARMACIA - DROGUERÍA

148

INGRESO A FORMULARIO

1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_SOL_VALES_COM_PSICOTROPICO)
FARMACIA SOL VALES COM PSICOTROPICO

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

FARMACIA - SOLICITUD DE VALES DE COMERCIO DE PSICOTRÓPICOS Y/O
ESTUPEFACIENTES PARA FARMACIA - DROGUERÍA

SOLICITUD DE VALES DE COMERCIO DE PSICOTRÓPICOS y/o ESTUPEFACIENTES PARA FARMACIA - DROGUERÍA

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.
Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted.
El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

Requisitos para Solicitud de Vales de Comercio de Sicotrópicos y/o Estupefacientes para Farmacia - Droguería detallados en anexo adjunto. TRÁMITE NO ARANCELADO.

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

¿Ya cargó este formulario pero olvidó su número de trámite? Si usted ya respondió este formulario pero no recuerda el número de trámite, para hacer el seguimiento del mismo podemos reenviarle la información a su e-mail.
[HAGA CLICK AQUI](#)

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

● **1. DATOS DEL PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO**

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA



TIPO DE PERSONA

DOCUMENTO*

NOMBRE

CUIL

EMAIL*

REPETIR EMAIL*

Persona Humana ▾

Documento Único ▾

Verificar Documento

INGRESAR

SEXO SEGÚN DOCUMENTO*

NÚMERO*

APELLIDO

TELÉFONO FIJO

CALLE/RUTA*

PAÍS*

DEPARTAMENTO*

OBSERVACIÓN EXTRA

F - Femenino ▾

INTERNO

CELULAR

NRO/KM*

PROVINCIA*

ARGENTINA

MENDOZA

-SELECCIONE- ▾

-SELECCIONE- ▾

INGRESE AMBOS TELÉFONOS, SIN 0 EN LA CARACTERÍSTICA, NI 15 EN CASO DE SER CELULAR. UTILIZAR SÓLO NÚMEROS, SIN GUIONES NI ESPACIOS. EJEMPLO: 2616112233

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE*

DOMICILIO*

DEPARTAMENTO*

LOCALIDAD*

TELÉFONO*

E-MAIL*

--SELECCIONE-- ▾

--SELECCIONE-- ▾

Inicio

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

A. SOLICITANTE

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

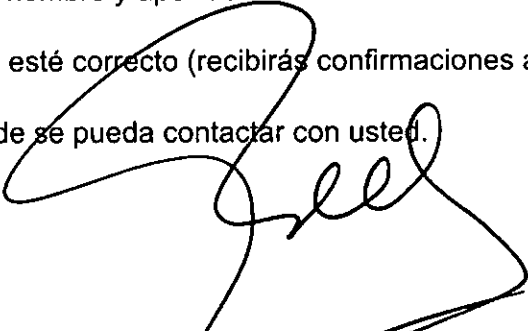
Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá tu nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.


Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento a habilitar.

143

2. FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO



FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE-- v

NÚMERO DOCUMENTO*

SEXO* --SELECCIONE-- v

Validar Respuesta

NOMBRE/S*

APELLIDO/S*

MATRÍCULA*

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA

DOMICILIO*

TELÉFONO*

VALES

TIPOS DE VALES A SOLICITAR*

☐ ESTUPEFACIENTES

☐ SICOTRÓPICOS

Seleccionar todas

Inicio

Volver

Continuar

En esta sección se cargarán los datos del farmacéutico director técnico de la institución y los tipos de vales a seleccionar.

Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

3. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO



Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
ANEXO CORRESPONDIENTE CON FIRMA	1		DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0

Inicio Volver Confirmar

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación(con formato y peso) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

4. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD

Solicitud realizada



Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Finalizar

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante Consulta Pública.

Lic. RODOLFO MONTEIRO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:
APERTURA, SELLADO Y RUBRICADO DE LIBROS

1/48

INGRESO A FORMULARIO

1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_APERTURA_SELLADO_LIBROS)
FARMACIA APERTURA SELLADO LIBROS

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

APERTURA, SELLADO Y RUBRICADO DE LIBROS

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted. El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

Los libros Recetario, Contralor de Psicotrópicos, Contralor de Estupefacientes y Registro de Inyectables, deben ser adquiridos en forma particular por el interesado y llevados al Departamento de Farmacia para su rúbrica.

Requisitos para Apertura, Sellado y Rubricado de Libros detallados en anexo adjunto. LIBRO CONTRALOR DE ESTUPEFACIENTES ARANCELADO

Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

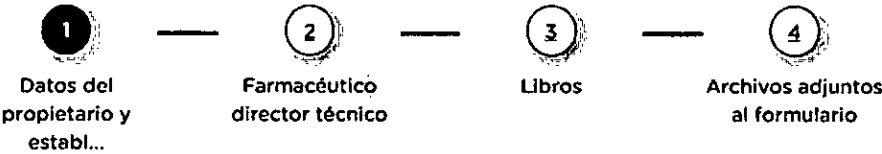
Iniciar

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

● **1. DATOS DEL PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO**

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA



Datos del Propietario y Establecimiento

TIPO DE PERSONA

Persona Humana

SEXO SEGÚN DOCUMENTO*

F - Femenino

DOCUMENTO*

Documento Único

NÚMERO*

Verificar Documento

NOMBRE

APELLIDO

CUIL

EMAIL*

REPETIR EMAIL*

Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233

TELÉFONO FIJO

INTERNO

CELULAR

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE*

DOMICILIO*

TELÉFONO*

0

Inicio

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

A. SOLICITANTE

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá tu nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

Lic. RODOLFO MONTERO

MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

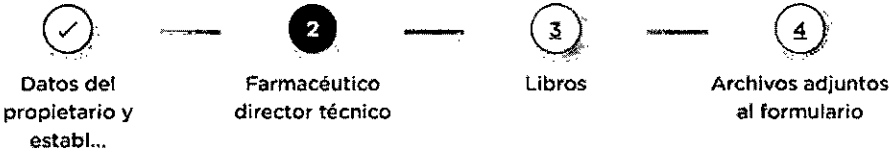
GOBIERNO DE MENDOZA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento a habilitar.

7/6/8

2. FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO



FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE--

NÚMERO DE DOCUMENTO*

SEXO* --SELECCIONE--

Validar Respuesta

NOMBRE/S*

APELLIDO/S*

MATRÍCULA*

Validar Respuesta

ESTADO DE MATRÍCULA*

TELÉFONO* 0

DOMICILIO*

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Inicio

Volver

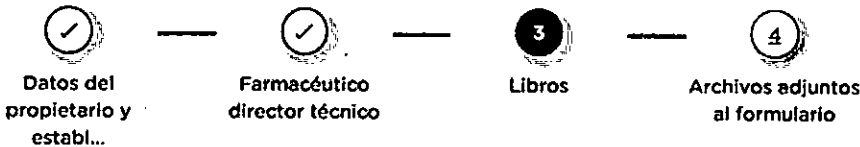
Continuar

En esta sección se cargarán los datos del farmacéutico director técnico de la institución.

Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Lic RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

3. LIBROS



LIBROS

TIPO DE LIBRO A SOLICITAR: *

☐ LIBRO RECETARIO (SOLO FARMACIAS)

☐ LIBRO CONTRALOR DE ESTUPEFACIENTES

☐ LIBRO CONTRALOR DE PSICOTRÓPICOS

☐ LIBRO REGISTRO DE INYECTABLES (SOLO FARMACIAS)

Seleccionar todas

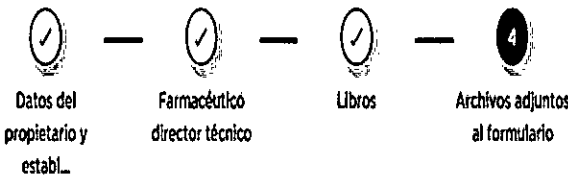
Inicio

Volver

Continuar

En este paso deberemos seleccionar el tipo de libro sobre el que realizaremos el trámite.

4. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO



Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
ANEXO CON FIRMA DEL PROPIETARIO Y FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0

REDACTOR

SUPERVISIÓN

SEC. GENERAL

DIRECTOR

SUBSECRETARÍA

Inicio

Volver

Confirmar

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación (con formato y peso) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

● 5. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

148

Solicitud realizada



DESCARGUE Y CONSERVE SU COMPROBANTE

Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante



REF. ACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Finalizar

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante [Consulta Pública](#).

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:**MODIFICACIÓN DE FIRMA PROPIETARIA ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

148

INGRESO A FORMULARIO

1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
MSYD_FARMACIA_MODIFICACION_FIRMA](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?MSYD_FARMACIA_MODIFICACION_FIRMA)

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.

**MENDOZA**
Ministerio de Salud y Deportes**DEPARTAMENTO DE FARMACIA****Modificación de Firma Propietaria Establecimiento Farmacéutico**

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. Es OBLIGATORIO colocar un teléfono y correo electrónico para contactarnos con usted. El formulario debe ser completado por una persona física o jurídica. Requisitos para la Transferencia de Fondo de Comercio de Establecimiento detallados en anexo adjunto. TRÁMITE NO ARANCELADO

Para el caso de que se presente junto a la Transferencia de Fondo de Comercio un Cambio de Dirección/Supervisión Técnica y/o Cambio de denominación del establecimiento, deberá iniciarse expediente por separado, según procedimiento establecido para cada trámite. Solo podrá ser presentado por la parte compradora del fondo de comercio del establecimiento cuando dicha transferencia se encuentre inscripta y regularizada.

Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

1. Datos del Propietario y Establecimiento

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA



Datos del Propietario y Establecimiento

TIPO DE PERSONA

Persona Humana

SEXO SEGÚN DOCUMENTO*

F - Femenino

DOCUMENTO*

Documento Único

NÚMERO*

Verificar Documento

NOMBRE

APELLIDO

CUIL

EMAIL*

REPETIR EMAIL*

Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233

TELÉFONO FIJO

INTERNO

CELULAR

CALLE/RUTA*

NRO/KM*

PAÍS*

ARGENTINA

PROVINCIA*

MENDOZA

DEPARTAMENTO*

-SELECCIONE-

LOCALIDAD

-SELECCIONE-

OBSERVACIÓN EXTRA

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE*

DOMICILIO*

DEPARTAMENTO*

--SELECCIONE--

LOCALIDAD*

--SELECCIONE--

TELÉFONO*

0

CORREO*

REDACTOR

SUPERVISIÓN

SEC. GENERAL

DIRECTOR

SUBSECRETARÍA

Inicio

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

A. DATOS DEL PROPIETARIO

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elija del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingrese sólo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá su nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirá confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento en cuestión.

2. DATOS DE LA PROPIEDAD



DATOS DE LA PROPIEDAD

DATOS DEL PROPIETARIO ANTERIOR

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE-- v

NÚMERO DE DOCUMENTO*

SEXO* --SELECCIONE-- v

Validar Respuesta

NOMBRE*

APELLIDO*

DOMICILIO LEGAL

DOMICILIO REAL

TELÉFONOS

PROFESIÓN

SOLO SI EL PROPIETARIO ES UNA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL

CUIT

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

DNI DEL REPRESENTANTE LEGAL

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

DATOS DEL NUEVO PROPIETARIO

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE-- v

NÚMERO DE DOCUMENTO* _____

SEXO* --SELECCIONE-- v

Validar Respuesta

NOMBRE*

APELLIDO*

DOMICILIO LEGAL _____

DOMICILIO REAL _____

TELÉFONOS _____

PROFESIÓN _____

RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA

RAZÓN SOCIAL _____

CUIT _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SI CORRESPONDE) _____

DOMICILIO REAL _____

DOMICILIO LEGAL _____

TELÉFONO/S _____

PROFESIÓN _____

Inicio

Volver

Continuar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Cargaremos los datos de los propietarios anteriores y nuevos, ya sean personas humanas o jurídicas.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

3. FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO



FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE-- v

NÚMERO DE DOCUMENTO* _____

SEXO* --SELECCIONE-- v

Validar Respuesta

NOMBRE*

APELLIDO*

MATRÍCULA* _____

Validar Respuesta

ESTADO DE MATRÍCULA*

TELÉFONO* _____

DOMICILIO LEGAL* _____

HORARIOS:* _____

Inicio Volver Continuar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

En esta sección se cargarán los datos de los farmacéuticos, tanto saliente como entrantes, y los horarios de cada uno.

Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

4. ADSCRIPTOS



FARMACÉUTICOS ADSCRIPTOS

Agregar

DNI

InicioVolverContinuar

En esta sección se cargarán los datos de los farmacéuticos adscriptos en la institución (este paso es opcional).

Paso 2 - Ingreso de datos

ADSCRIPTOS (paso opcional)

TIPO DE DOCUMENTO --SELECCIONE--

NÚMERO DOCUMENTO

SEXO --SELECCIONE--

Validar Respuesta

NOMBRE/S

APELLIDO/S

MATRICULA

ESTADO MATRÍCULA

Validar Respuesta

DOMICILIO

HORARIOS

CancelarConfirmar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARIA

Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

5. MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO

Datos del propietario y estable...

Farmacéutico director técnico

Farmacéuticos adscriptos

Modalidad de funcionamiento

Archivos adjuntos al formulario

MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO

LABORATORIO (80 M2 COMO MÍNIMO (ART 7° INC. A) DECRETO N° 2076/19)*

- ☐ PREPARACIÓN DE FORMULAS MAGISTRALES
- ☐ PREPARACIÓN DE FÓRMULAS OFICIALES
- ☐ FRACCIONAMIENTO DE DROGAS
- ☐ SIN LABORATORIO (60 M2 COMO MÍNIMO (ART 7° INC. B) DECRETO N° 2076/19).

Seleccionar todas

OTRAS ÁREAS

- ☐ FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO
- ☐ LABORATORIO HOMEOPATICO (ART 10° DECRETO N° 2076/19)
- ☐ APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (ART.11° DTO. N° 2076/19)

Seleccionar todas

Inicio Volver Continuar

Seleccionar entre las opciones disponibles que apliquen a la solicitud.

6. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO

Datos del propietario y estable...

Farmacéutico director técnico

Farmacéuticos adscriptos

Modalidad de funcionamiento

Archivos adjuntos al formulario

Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
1 TRANSF. FONDO DE COMERCIO CERTIFICADA/DOC. QUE ACREDITA MODIF. EN FIRMA PROPIETARIA	1	☒	DOCUMENTACIÓN FINANCIERA Y CONTABLE	0 ↑ ✓
1 CERT. CONTRIB. LOCAL PERS. FÍSICA/RAZÓN SOCIAL PERS. JURÍDICA	1	☒	DOCUMENTACIÓN FISCAL O TRIBUTARIA	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES (VER DESCRIPCIÓN)	1	☒	DOCUMENTACIÓN PERSONAL	0 ↑ ✓
1 CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA (VER DESCRIPCIÓN)	1	☒	DOCUMENTACIÓN SIN CLASIFICAR	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA	1	☒	DOCUMENTACIÓN SIN CLASIFICAR	0 ↑ ✓
1 ANEXO CON FIRMAS CERTIFICADAS	1	☒	DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA	0 ↑ ✓
1 CERTIFICADO EMITIDO POR LA SCJ	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0 ↑ ✓

Inicio Volver Continuar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

En el último paso, encontrará un listado detallando la documentación (con formato y peso) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

7. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

Solicitud realizada



DESCARGUE Y CONSERVE SU COMPROBANTE

Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante



Finalizar

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Al finalizar el proceso, se otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante Consulta Pública.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:
FARMACIA - CANCELACIÓN DE ESTABLECIMIENTO

148

INGRESO A FORMULARIO

1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_CANCELACION_ESTABLECIMIENTO)
FARMACIA_CANCELACION_ESTABLECIMIENTO

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

FARMACIA - CANCELACIÓN DE ESTABLECIMIENTO

CANCELACIÓN DE ESTABLECIMIENTO

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.
Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted.
Requisitos para la Cancelación de Establecimiento. TRAMITE NO ARANCELADO

Recuerde que deberá hacer entrega de la siguiente documentación de forma presencial:

- TALONARIO DE VALES PARA ADQUISICIÓN DE ESTUPEFACIENTES
 - TALONARIO DE VALES PARA ADQUISICIÓN DE PSICOTROPICOS
 - LIBRO CONTRALOR DE PSICOTRÓPICOS
 - LIBRO CONTRALOR DE ESTUPEFACIENTES
 - LIBRO DE INYECTABLES (Farmacia)
 - LIBRO RECETARIO (Farmacia)
- ENTREGA DE EXISTENCIA A LA AUTORIDAD SANITARIA DE:
- PSICOTRÓPICOS LISTA II Y LISTA III
 - ESTUPEFACIENTES LISTA I Y LISTA II

Toda documentación que se detalle en esta instancia como "Opcional" podrá ser requerida con posterioridad a efectos de completar el trámite, según el caso que sea necesario.

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

¿Ya cargó este formulario pero olvidó su número de trámite? Si usted ya respondió este formulario pero no recuerda el número de trámite, para hacer el seguimiento del mismo podemos reenviarle la información a su e-mail.

[HAGA CLICK AQUÍ](#)

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

1. DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).



Datos Solicitante

TIPO DE PERSONA	Persona Humana	SEXO SEGÚN DOCUMENTO*	F - Femenino
DOCUMENTO*	Documento Único	NÚMERO*	
Verificar Documento			
NOMBRE	APELLIDO		
CUIL			
EMAIL*			
REPETIR EMAIL*			
Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233			
TELÉFONO FIJO	INTERNO	CELULAR	
CALLE/RUTA*	NRO/KM*		
PAÍS*	ARGENTINA	PROVINCIA*	MENDOZA
DEPARTAMENTO*	-SELECCIONE-	LOCALIDAD	-SELECCIONE-
OBSERVACIÓN EXTRA			
DOMICILIO LEGAL*			

REDACCIÓN
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE*	
DOMICILIO*	
DEPARTAMENTO*	--SELECCIONE--
LOCALIDAD*	--SELECCIONE--
TELÉFONO*	0
EMAIL	

Inicio

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

A. SOLICITANTE

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá tu nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento a habilitar: Nombre, Domicilio, Teléfono, Mail.

2. FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO



FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE-- v

NÚMERO DOCUMENTO* _____

SEXO* --SELECCIONE-- v

Validar Respuesta

NOMBRE/S* _____

APELLIDO/S* _____

MATRÍCULA* _____

Validar Respuesta

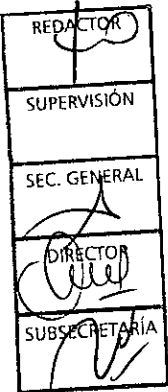
ESTADO MATRÍCULA _____

TELÉFONO* _____ 0

DOMICILIO LEGAL* _____

Inicio Volver Continuar

En ésta sección se cargarán los datos del Farmacéutico Director Técnico de la institución. Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.



Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

3. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO



Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
1 ANEXO CORRESPONDIENTE CON FIRMA CERTIFICADA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0
1 INVENTARIO DE PSICOTRÓPICOS LISTA IV Y ESTUPEFACIENTES LISTA III. DESTINO...	1	☐	DOCUMENTACIÓN GRÁFICA/VISUAL	0
1 INVENTARIO Y DESTINO DE APARÁTOS Y ÚTILES.	1	☐	DOCUMENTACIÓN GRÁFICA/VISUAL	0
1 INVENTARIO Y DESTINO DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS BIOMÉDICOS VIGENTES.	1	☐	DOCUMENTACIÓN GRÁFICA/VISUAL	0
1 REEMPLAZO DE TURNOS OBLIGATORIOS DEL MES EN CURSO SEGÚN PROCEDIMIENTO HABITUAL (SI CORRESPONDE).	1	☐	DOCUMENTACIÓN GRÁFICA/VISUAL	0
1 ENTREGA AL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DE LA DOCUMENTACIÓN DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS..	1	☐	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0

[Inicio](#) [Volver](#) [Confirmar](#)

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación (con formato y tamaño) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

4. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

Solicitud realizada



DESCARGUE Y CONSERVE SU COMPROBANTE

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante

[Finalizar](#)

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante [Consulta Pública](#).

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:
FARMACIA - SOLICITUD DE CERTIFICADOS

148

INGRESO A FORMULARIO

1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:
[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_SOL_CERTIFICADO)
FARMACIA SOL CERTIFICADO

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA**FARMACIA - SOLICITUD DE CERTIFICADOS****SOLICITUD CERTIFICADO**

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted. El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

Requisitos para Solicitud de Certificado detallados en anexo adjunto. TRÁMITE NO ARANCELADO

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

¿Ya cargó este formulario pero olvidó su número de trámite? Si usted ya respondió este formulario pero no recuerda el número de trámite, para hacer el seguimiento del mismo podemos reenviarle la información a su e-mail.
[HAGA CLICK AQUÍ](#)

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

1. SELECCIÓN DE TEMA

1

Tipo de
certificado a
solicita...

2

Datos propietario
y establecim...

3

Exclusivo
farmacéutico

4

Archivos adjuntos
al formulario

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

TIPO DE CERTIFICADO A SOLICITAR

TEMA

-SELECCIONE-

-SELECCIONE-

ACTUACIÓN PROFESIONAL

LIBRE REGENCIA

TRÁMITES EN CURSO

VIGENCIA DE LA HABILITACIÓN

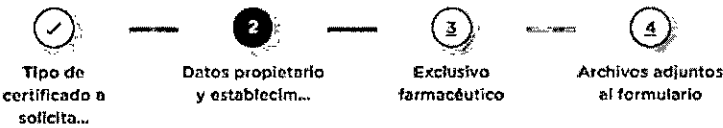
Continuar

En el primer paso, seleccionaremos el motivo del trámite

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

2. DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).



DATOS PROPIETARIO Y ESTABLECIMIENTO

TIPO DE PERSONA	Persona Humana	SEXO SEGÚN DOCUMENTO*	F - Femenino
DOCUMENTO*	Documento Único	NÚMERO*	
<button>Verificar Documento</button>			
NOMBRE	APELLIDO		
CUIL			
EMAIL*			
REPETIR EMAIL*			
Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233			
TELÉFONO FIJO	INTERNO	CELULAR	
CALLE/RUTA*	NRO/KM*		
PAÍS*	ARGENTINA	PROVINCIA*	MENDOZA
DEPARTAMENTO*	-SELECCIONE-	LOCALIDAD	-SELECCIONE-
OBSERVACIÓN EXTRA			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE*	
DOMICILIO*	
DEPARTAMENTO*	--SELECCIONE--
LOCALIDAD*	--SELECCIONE--
TELÉFONO*	0
EMAIL	

"A QUIÉN CORRESPONDA"

PARA SER PRESENTANDO ANTE	
PARA TRÁMITE	
NRO. DE EXPEDIENTE	

Inicio

Volver

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

A. DATOS DEL PROPIETARIO

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.
Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).
Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.
Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá tu nombre y apellido.
Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).
Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

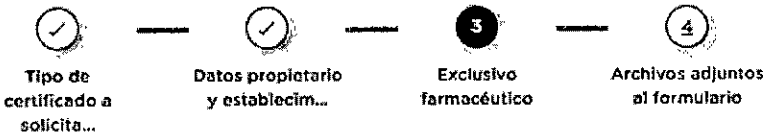
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento a habilitar

C. "A QUIÉN CORRESPONDA"

Completamos sólo los campos correspondientes a nuestra solicitud.

3. EXCLUSIVO FARMACÉUTICO



Exclusivo Farmacéutico

En caso de ser farmacéutico ingresar y completar la información requerida.

Agregar

MATRÍCULA	ESTADO MATRÍCULA:
Inicio Volver Continuar	

Sólo en el caso de ser necesario, se deben completar los datos referentes al farmacéutico.

Paso 3 - Ingreso de datos

Exclusivo Farmacéutico

En caso de ser farmacéutico ingresar y completar la información requerida.

NÚMERO DOCUMENTO*	
MATRÍCULA*	
Validar Respuesta	
ESTADO MATRÍCULA:	

Cancelar

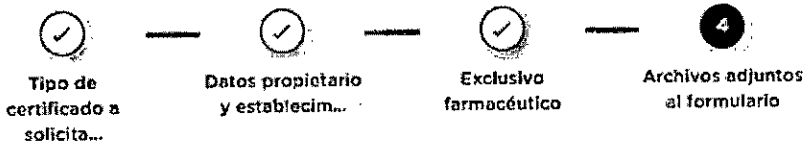
Confirmar

Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

4. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO

148



Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
ANEXO CORRESPONDIENTE CON FIRMA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0

Inicio

Volver

Confirmar

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación(con formato y peso) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

5. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

Solicitud realizada



Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante

REDACTOR

SUPERVISIÓN

SEC. GENERAL

DIRECTOR

SUBSECRETARÍA

Finalizar

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante Consulta Pública.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:**MSYD - FARMACIA - CAMBIO DE DENOMINACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS****148****INGRESO A FORMULARIO**

1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

[https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?
FARMACIA_CAMBIO_DENOMINACI%C3%93N](https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_CAMBIO_DENOMINACI%C3%93N)

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.

**MENDOZA**
Ministerio de Salud y Deportes**DEPARTAMENTO DE FARMACIA****MSYD - FARMACIA - CAMBIO DE DENOMINACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS**

CAMBIO DE DENOMINACIÓN DE ESTABLECIMIENTO.

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted.

El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

En caso de modificación de la propiedad del establecimiento, sólo podrá ser presentado por la parte compradora del fondo de comercio del establecimiento cuando dicha transferencia se encuentre inscrita y regularizada. Caso contrario el Cambio de Denominación debe ser solicitado por el propietario inscripto según condiciones legales vigentes.

TRÁMITE NO ARANCELADO.

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

¿Ya cargó este formulario pero olvidó su número de trámite? Si usted ya respondió este formulario pero no recuerda el número de trámite, para hacer el seguimiento del mismo podemos reenviarle la información a su e-mail.
[HAGA CLICK AQUÍ](#)

Con el botón "Iniciar" procedemos a la carga de información.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

1. DATOS DEL PROPIETARIO, FARMACÉUTICO Y ESTABLECIMIENTO

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA



DATOS DEL SOLICITANTE

TIPO DE PERSONA	Persona Humana	SEXO SEGÚN DOCUMENTO*	F - Femenino
DOCUMENTO*	Documento Único	NÚMERO*	
Verificar Documento			
NOMBRE	APELLIDO		
CUIL			
EMAIL*			
REPETIR EMAIL*			
Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233			
TELÉFONO FIJO	INTERNO	CELULAR	
CALLE/RUTA*	NRO/KM*		
PAÍS*	ARGENTINA	PROVINCIA*	MENDOZA
DEPARTAMENTO*	-SELECCIONE-	LOCALIDAD	-SELECCIONE-
OBSERVACIÓN EXTRA			
DOMICILIO LEGAL*			

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO *	
DOMICILIO *	
TELÉFONO *	
EMAIL*	

CAMBIO DE DENOMINACIÓN

DENOMINACIÓN NUEVA DEL ESTABLECIMIENTO*	
---	--

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Inicio

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

A. SOLICITANTE

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elija del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingrese sólo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá su nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirá confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Deberá cargar lo referido al establecimiento a habilitar.

C. CAMBIO DE DENOMINACIÓN

Colocar el nuevo nombre de la institución

2. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

Solicitud realizada



DESCARGUE Y CONSERVE SU COMPROBANTE

Número de Trámite **6337170**

Impresión del Comprobante



REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Finalizar

Al finalizar el proceso, se otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante Consulta Pública.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:

FARMACIA - DECLARACIÓN JURADA HORARIOS Y TURNOS VOLUNTARIOS

162

INGRESO A FORMULARIO

1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_HORARIOS_Y_TURNOS

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



MENDOZA
Ministerio de Salud y Deportes

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

FARMACIA - DECLARACIÓN JURADA HORARIOS Y TURNOS VOLUNTARIOS

DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS Y TURNOS VOLUNTARIOS

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.
Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto, así como también un correo electrónico para contactarnos con usted.

El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

Requisitos para Declaración Jurada de Horarios y Turnos Voluntarios detallados en anexo adjunto. TRÁMITE NO ARANCELADO

LA AUTORIZACIÓN TURNOS EXTENDIDOS O ATENCIÓN PERMANENTE LAS 24 HS LOS 365 DÍAS DEL AÑO SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA DISPOSICIÓN DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FARMACOLOGÍA Y NORMATIZACIÓN DE DROGAS, MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS

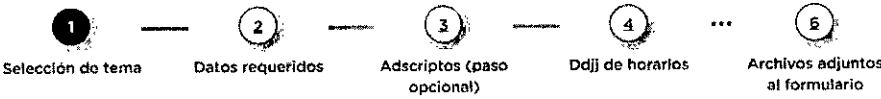
Iniciar

Seguimiento de Solicitud

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

1. SELECCIÓN DE TEMA

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA



SELECCIÓN DE TEMA

TEMA -SELECCIONE-

Inicio

Continuar

En el primer paso, seleccionaremos el motivo del trámite.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

2. DATOS DEL PROPIETARIO, FARMACÉUTICO Y ESTABLECIMIENTO

148

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).



DATOS DEL PROPIETARIO

TIPO DE PERSONA	Persona Humana	SEXO SEGÚN DOCUMENTO*	F - Femenino
DOCUMENTO*	Documento Único	NÚMERO*	
<button>Verificar Documento</button>			
NOMBRE	APELLIDO		
CUIL			
EMAIL*			
REPETIR EMAIL*			
Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233			
TELÉFONO FIJO	INTERNO	CELULAR	
CALLE/RUTA*	NRO/OM*		
PAÍS*	ARGENTINA	PROVINCIA*	-SELECCIONE-
DEPARTAMENTO*	-SELECCIONE-	LOCALIDAD	-SELECCIONE-
OBSERVACIÓN EXTRA			

DNI DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI ES PERS. JURÍDICA)

NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI ES PERS. JUR.):

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE*

DOMICILIO*

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

DATOS DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE--

DNI*

SEXO* --SELECCIONE--

Validar Respuesta

NOMBRE*

APELLIDO*

MATRÍCULA*

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA*

DOMICILIO LEGAL*

TELÉFONO/S* 0

HORARIOS*

Inicio Volver

A. DATOS DEL PROPIETARIO

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón “VERIFICAR” el sistema traerá tu nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento a habilitar

C. DATOS DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

En estos campos se deberá cargar los datos referentes al Farmacéutico de la institución, donde el DNI y matrícula serán validados por el sistema (otros datos a completar: domicilio legal y teléfono).

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

ES OBLIGATORIO LA CARGA DEL HORARIO DE ATENCIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO

3. ADSCRIPTOS

✓

✓

3

4

...

5

Selección de tema

Datos requeridos

Adscriptos (paso opcional)

Dij de horarios

Archivos adjuntos al formulario

ADSCRIPTOS (PASO OPCIONAL)

Agregar

DNI	NOMBRE	APELLIDO	MATRÍCULA

Inicio

Volver

Continuar

En esta sección se cargarán(botón "Agregar") los datos de los farmacéuticos adscriptos en la institución(esteste paso es opcional).

Paso 3 - Ingreso de datos

ADSCRIPTOS (paso opcional)

TIPO DE DOCUMENTO

--SELECCIONE--

NÚMERO DOCUMENTO

SEXO

--SELECCIONE--

Validar Respuesta

NOMBRE/S

APELLIDO/S

MATRÍCULA

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA

DOMICILIO

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

4. DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS

En este paso deberemos declarar los horarios que cumplirá la farmacia.

148



DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS

HORARIOS	
HORARIOS DE LUNES A VIERNES (MAÑANA):*	
HORARIOS DE LUNES A VIERNES (TARDE):*	
HORARIOS DE SÁBADO*	

5. TURNOS VOLUNTARIOS

En este paso deberemos declarar los turnos voluntarios que cumplirá la farmacia.



TURNOS VOLUNTARIOS

SELECCIONE (SOLO UNO Y SI CORRESPONDE):	--SELECCIONE--
HORARIOS DE LUNES A VIERNES (MAÑANA)	
HORARIOS DE LUNES A VIERNES (TARDE)	
HORARIOS DE SÁBADO (MAÑANA):	
HORARIOS DE SÁBADO (TARDE):	
HORARIOS DE DOMINGO (MAÑANA):	
HORARIOS DE DOMINGO (TARDE):	
HORARIOS DE FERIADOS (MAÑANA):	
HORARIOS DE FERIADOS (TARDE):	

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

6. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO

✓

Selección de tema

...

✓

Adscriptos (paso opcional)

—

✓

Odj de horarios

—

✓

Turnos voluntarios

—

6

Archivos adjuntos al formulario

Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
ANEXO CORRESPONDIENTE CON FIRMA	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0

Inicio

Volver

Confirmar

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación(con formato y peso) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

7. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

Solicitud realizada



Número de Trámite 6337170

Impresión del Comprobante

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Finalizar

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante [Consulta Pública](#).

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

Instructivo de llenado de Formulario:
Farmacia - Eximición Precaria de Turnos Obligatorios

148

INGRESO A FORMULARIO

- 1. Ingresar al navegador de internet (Chrome, Edge o Firefox, etc).
- 2. En la barra de direcciones, escribir o pegar el siguiente enlace:

https://ticketsform.mendoza.gov.ar/ticketsform/com.tickets.responderformulario?FARMACIA_EXIMICION_TURNOS

Portada de ingreso a formulario donde encontraremos información referente al solicitante, marco legal y anexo correspondiente.



DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Farmacia - Eximición Precaria de Turnos Obligatorios

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE UD. GARANTIZA, LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.
Es OBLIGATORIO colocar un teléfono de contacto así como también un correo electrónico para contactarnos con usted.
El formulario debe ser completado por una persona humana o jurídica.

Requisitos para Eximición Precaria de Turnos Obligatorios detallados en anexo adjunto. TRÁMITE NO ARANCELADO

LA EXIMICIÓN PRECARIA DE TURNOS OBLIGATORIOS SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA DISPOSICIÓN DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FARMACOLOGÍA Y NORMATIZACIÓN DE DROGAS, MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS

Iniciar

Seguimiento de Solicitud

¿Ya cargó este formulario pero olvidó su número de trámite? Si usted ya respondió este formulario pero no recuerda el número de trámite, para hacer el seguimiento del mismo podemos reenviarle la información a su e-mail.
[HAGA CLICK AQUÍ](#)

REF. ACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Con el botón "Iniciar" procedemos a carga de información.

L.C. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

1. DATOS DEL SOLICITANTE E INSTITUCIÓN

- Lea atentamente las instrucciones que aparecen en la parte superior del formulario.
- Allí puede indicarse para qué es el formulario, qué documentación se necesita o qué campos son obligatorios (los obligatorios suelen tener un asterisco *).



DATOS DEL SOLICITANTE E INSTITUCIÓN

TIPO DE PERSONA	Persona Humana v	SEXO SEGÚN DOCUMENTO*	F - Femenino v
DOCUMENTO*	Documento Único v	NÚMERO*	
Verificar Documento			
NOMBRE	APELLIDO		
CUIL			
EMAIL*			
REPETIR EMAIL*			
Ingrese ambos teléfonos, sin 0 en la característica, ni 15 en caso de ser celular. Utilizar sólo números, sin guiones ni espacios. Ejemplo: 2616112233			
TELÉFONO FIJO	INTERNO	CELULAR	

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE*	
DOMICILIO*	
DEPARTAMENTO*	--SELECCIONE-- v
LOCALIDAD*	--SELECCIONE-- v
TELÉFONO*	0
EMAIL*	

DATOS DE LA FARMACIA QUE REALIZA TURNOS 24HS LOS 365 DÍAS

NOMBRE*	
---------	--

Inicio

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE BUENOS AIRES

A. DATOS DEL SOLICITANTE

En el primer bloque indicaremos el solicitante del trámite.

Tipo de documento: Elegí del menú desplegable (DNI).

Número de documento: Ingresá solo los números, sin puntos ni guiones.

Con el botón "VERIFICAR" el sistema traerá tu nombre y apellido.

Correo electrónico: Coloque email y revise que esté correcto (recibirás confirmaciones allí).

Teléfono de contacto: Coloque un número donde se pueda contactar con usted.

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se deberá cargar lo referido al establecimiento a habilitar.

C. DATOS DE LA FARMACIA QUE REALIZA TURNOS 24HS LOS 365 DÍAS

Solo cargaremos el nombre de la farmacia.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

2. FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

148



FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

TIPO DE DOCUMENTO* --SELECCIONE--

NÚMERO DOCUMENTO*

SEXO* --SELECCIONE--

Validar Respuesta

NOMBRE/S*

APELLIDO/S*

MATRÍCULA*

Validar Respuesta

ESTADO MATRÍCULA

TELÉFONO* 0

DOMICILIO LEGAL*

HORARIOS*

Inicio Volver Continuar

REDACCIÓN
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

En esta sección se cargarán los datos del farmacéutico director técnico de la institución. Los campos de DNI y MATRÍCULA son validados por sistema.

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

148

4. HORARIOS DE FARMACIA

En este paso deberemos declarar los horarios que cumplirá la farmacia.



HORARIOS DE FARMACIA

HORARIOS	
HORARIOS DE LUNES A VIERNES (MAÑANA)*	
HORARIOS DE LUNES A VIERNES (TARDE)*	
HORARIOS DE SÁBADO (MAÑANA)*	
HORARIOS DE SÁBADO (TARDE)*	
HORARIOS DE DOMINGO (MAÑANA)	
HORARIOS DE DOMINGO (TARDE)	
HORARIOS DE FERIADOS (MAÑANA)	
HORARIOS DE FERIADOS (TARDE)	

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

148

5. ARCHIVOS ADJUNTOS AL FORMULARIO



Archivos Adjuntos al Formulario

Tamaño máximo por archivo permitido: 16MB (Archivos que superen este tamaño, no se adjuntarán)
Ud. dispone de 10 minutos para adjuntar y confirmar los archivos; de lo contrario, deberá volver a adjuntarlos, ya que los mismos no se agregarán.
Los archivos que debe adjuntar al formulario son los siguientes:

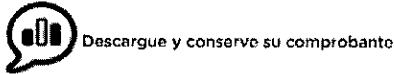
Nombre	Cantidad	Obligatorio	Categoría	Adjuntos
ANEXO CORRESPONDIENTE CON FIRMAS CORRESPONDIENTES	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0
CERTIFICADO DE DISTANCIA, EMITIDO POR LA MUNICIPALIDAD (VER AYUDA)	1	☒	DOCUMENTACIÓN LEGAL	0

[Inicio](#) [Volver](#) [Confirmar](#)

En el último paso, encontraremos un listado detallando la documentación(con formato y peso) que es necesaria cargar para la realización del trámite. Se detalla la obligatoriedad de los mismos.

6. CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD REALIZADA

Solicitud realizada



Número de Trámite 6544219

Impresión del Comprobante

IMPORTANTE

Próximamente nos pondremos en contacto con vos por correo electrónico. Para no perderte nuestra comunicación, te recomendamos estar atenta/o a tu bandeja de entrada.

Si no encontrás el mensaje, recordá revisar la carpeta de Spam o Correo no deseado. Para asegurarte de recibir correctamente nuestras notificaciones, agreganos como contacto o marcá nuestros correos como "No es spam".

[Finalizar](#)

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Al finalizar el proceso, se nos otorgará un N° de ticket correspondiente a la solicitud realizada, junto con un mail al correo electrónico declarado. Este número permitirá consultar el estado del trámite mediante [Consulta Pública](#).

Lic. RODOLFO MONTERO
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA



Gobierno de la Provincia de Mendoza
"Año del 90° Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia"

Hoja Adicional de Firmas
Resolución firma ológrafa

Número:

Mendoza,

Referencia: Ex-2025-9468456 - Res.Nº 243/26

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 98 pagina/s.