



# Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica

Fundado en 1902 - Apartado 396-1000 - San José, Costa Rica  
Central Tel.: 2297-0676 - Fax: 2297-5668 - Correo electrónico: fiscalia@colfar.com

## AUTORIZACIÓN Y REGISTRO DE REGENCIA FARMACÉUTICA

### DF 0101-A

(Escriba claro de preferencia con letra imprenta o de molde, no utilice corrector ni haga tachones, debe llenarse sin omitir ningún detalle)

<b>1</b>	Fecha:	<b>2</b>	Tipo de establecimiento:(Farmacia, Droguería o Laboratorio)		<b>5</b>	Motivo de presentación (Marque X abajo si es primera vez o renovación)	
<b>3</b>	Grupo sanitario de riesgo: (espacio para uso del Colegio)	<b>4</b>	N° de permiso operación: (no aplica en establecimientos nuevos)			Primera vez	Renovación
<b>6</b>	Nombre comercial del establecimiento farmacéutico:						
<b>7</b>	Provincia:	<b>8</b>	Cantón:	<b>9</b>	Distrito:		
<b>10</b>	Dirección exacta del establecimiento farmacéutico (Otras señas específicas):						
<b>11</b>	Teléfono:	<b>12</b>	N° de fax:		<b>13</b>	Apartado postal:	
<b>14</b>	Correo electrónico:				<b>15</b>	Código postal:	
<b>16</b>	Nombre de la persona física o jurídica propietaria del establecimiento:				<b>17</b>	Cédula de identidad o jurídica:	
<b>18</b>	Horario del establecimiento (días y horas):						

**Al firmar este documento declaro bajo fe de juramento, consciente de las sanciones con que la Ley Penal Costarricense castiga los delitos de perjurio y falso testimonio, establecidas en los artículos 311 y 316, lo siguiente:**

- Cumplir con la Ley General de Salud, las leyes, reglamentos y demás disposiciones del ordenamiento jurídico que regulen la actividad o actividades consignadas en la presente Solicitud de Autorización de Operación.
- Asimismo que nos sometemos a toda investigación, información y diligencias que deba efectuar el Departamento de Fiscalía del Colegio, para completar cualquier trámite previo a la tramitación de esta solicitud.
- Que nos encontramos libres de incapacidades médicas o de cualquier otro tipo que nos impidan ejercer apropiadamente nuestro cargo como Regentes Farmacéuticos de este Establecimiento. Asimismo nos comprometemos a notificar al Colegio sobre cualquier incapacidad o licencia por maternidad, ausencia por vacaciones u otro motivo, al que nos acojamos en el ejercicio de esta Regencia.

<b>19</b> Nombre (s) de Regente (s) y Horarios:				
<b>19.1</b>	Nombre	Código	Cédula	Firma
	Horario (Días y horas):			
<b>19.2</b>	Nombre	Código	Cédula	Firma
	Horario (Días y horas):			
<b>19.3</b>	Nombre	Código	Cédula	Firma
	Horario (Días y horas):			
<b>19.4</b>	Nombre	Código	Cédula	Firma
	Horario (Días y horas):			
<b>19.5</b>	Nombre	Código	Cédula	Firma
	Horario (Días y horas):			

Verificar con anterioridad en la página electrónica de la CCSS que el dueño del establecimiento, ya sea físico o jurídico, se encuentre al día con sus cuotas patronales, de lo contrario no se recibirá. Esto según Acuerdo N° 366-2009 de la Junta Directiva: Que el Departamento de Fiscalía incluya dentro de los requisitos de admisibilidad para la autorización de regencias farmacéuticas y de permisos de operación, estar al día en las cuotas patronales y obreras con la Caja Costarricense de Seguro Social. Lo anterior en cumplimiento del Artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS, reformado en la Ley de Protección al Trabajador.

<b>20</b> Nombre y firma del representante legal o propietario:	<b>21</b> Autentica la(s) firma(s):
---	-------------------------------------