



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

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE OPERACIÓN PARA FARMACIAS

DF 0201-A

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

| | | | | | | |
|---|--|--------------------------|---|--------------------------|---|---------------------------------|
| 1 | Fecha: | 2 | N° de permiso operación: (no aplica en establecimientos nuevos) | 3 | Grupo sanitario de riesgo: (espacio para uso del Colegio) | |
| 4 | Nombre comercial del establecimiento farmacéutico: | | | | | |
| 5 | Provincia: | 6 | Cantón: | 7 | Distrito: | |
| 8 | Dirección exacta del establecimiento farmacéutico (Otras señas específicas): | | | | | |
| 9 | Teléfono: | 10 | N° de fax: | 11 | Apartado postal: | |
| 12 | Correo electrónico: | | | 13 | Código postal: | |
| MOTIVO DE PRESENTACIÓN: (Marque con una X el o los motivos que apliquen) | | | | | | |
| 14 | Primera vez | <input type="checkbox"/> | Traslado del establecimiento farmacéutico | <input type="checkbox"/> | Cambio de propietario del establecimiento farmacéutico | <input type="checkbox"/> |
| | Renovación | <input type="checkbox"/> | Cambio de nombre del establecimiento farmacéutico | <input type="checkbox"/> | Nombre anterior del establecimiento: | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Nombre de la persona física o jurídica propietaria del establecimiento: | | | | 16 | Cédula de identidad o jurídica: |
| 17 | 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 específicamente conozco y cumplo el Decreto 31969-S Manual de Normas para la Habilitación de Farmacias, especialmente en las actividades enumeradas en el punto 18 de este formulario:

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| 18 Marque con una "x" en el espacio correspondiente si las actividades se realizan o no en el establecimiento: | | | | | |
| SI | NO | | SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Permisos a a vista del público | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aplicación de inyectables |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Despacho de recetas de medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manejo de Cadena de Frío |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Despacho de medicamentos sicotrópicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Toma de Presión Arterial |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Despacho de medicamentos estupefacientes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Área exclusiva para alimentación |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Control de fechas de vencimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plan de acción en caso de emergencia. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manual de normas y procedimientos de limpieza de las diferentes áreas del establecimiento | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manual de funciones que identifique las responsabilidades de todos y cada uno de los funcionarios. | | | |
| 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. | | | | | |
| 19 Nombre y firma del representante legal o propietario: | | | 20 Auténtica la(s) firma(s): | | |