

## AUTORIZACIÓN Y REGISTRO DE REGENCIA FARMACÉUTICA

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

1 Fecha	<input type="text"/>	2 Tipo de establecimiento	<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Droguería	<input type="checkbox"/> Laboratorio
3 Motivo de presentación	<input type="checkbox"/> Apertura del establecimiento	<input type="checkbox"/> Traslado	<input type="checkbox"/> Cambio de regentes		
	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre comercial	<input type="checkbox"/> Cambio de propietario	<input type="checkbox"/> Cambio de horario de regencia y/o establecimiento		
4 Nombre comercial del establecimiento farmacéutico	<input type="text"/>			5 N° de permiso operación (no aplica en aperturas)	<input type="text"/>
6 Provincia	<input type="text"/>	7 Cantón	<input type="text"/>	8 Distrito	<input type="text"/>
9 Dirección exacta del establecimiento farmacéutico (otras señas específicas)					
<input type="text"/>					
10 Nombre de la persona física o jurídica propietaria del establecimiento			11 Cédula de identidad o jurídica		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
12 Horario del establecimiento					
<input type="text"/>					

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, establecidos en los artículos 318 y 323, lo siguiente:

\* Cumplir con la Ley General de Salud, otras leyes, reglamentos y demás disposiciones del ordenamiento jurídico que regulen la actividad o actividades consignadas en la presente Solicitud de Autorización de Regencia. Asimismo que nos sometemos a toda investigación, información y diligencia que deba efectuar la Fiscalía del Colegio para completar cualquier actividad previa a la aprobación 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 y por el cual debamos ausentarnos del establecimiento.

\* Es responsabilidad del empleado y el empleador determinar en el contrato laboral que las jornadas de trabajo se sujeten a los límites dispuestos en el ordenamiento jurídico costarricense. Una vez autorizada la regencia por la Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, es responsabilidad profesional del regente farmacéutico cumplir con el horario autorizado.

\* Los regentes inscritos en este formulario declaran que los horarios especificados y previamente inscritos no se sobreponen entre sí y que no sobrepasarán por ninguna situación las 12 horas diarias permitidas según el acuerdo de Junta Directiva, ratificado por la Asamblea General del 22 de junio de 1999 y publicado en el Alcance No. 51 de la Gaceta No. 138 del 16 de julio de 1999, el cual indica:

### ACUERDO

*Establecer un límite de 12 horas, 8 horas ordinarias y 4 extraordinarias, como la jornada diaria máxima que la Junta Directiva autoriza por farmacéutico para desempeñarse como Regente de Establecimientos Farmacéuticos."*

### 13 Datos de los profesionales y horario de regencia

13.1	Nombre y apellidos	N° de colegiado	N° documento de identidad	Firma
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Horario (días y horas) <input type="text"/>			
13.2	Nombre y apellidos	N° de colegiado	N° documento de identidad	Firma
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Horario (días y horas) <input type="text"/>			
13.3	Nombre y apellidos	N° de colegiado	N° documento de identidad	Firma
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Horario (días y horas) <input type="text"/>			

El establecimiento debe estar debidamente inscrito y al día con las cuotas obrero patronales de la Caja Costarricense del Seguro Social (Acuerdo No. 366-2009 de Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica), en cumplimiento del Artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS, reformado en la Ley de Protección al Trabajador.

14 Nombre y firma del o los representantes legales, propietarios o Director Médico (CCSS)

15 Sello (en caso de establecimientos de la CCSS)

16 Autentica la(s) firma(s)