

	<b>Registro de especialidad farmacéutica</b>		Código: <b>R-SCB-335</b>
			Página 1 de 1
	<b>Servicio al Colegiado, Cliente y Beneficiario</b>		Versión No 1
Preparado por: <i>Elky Campos</i>	Revisado por: <i>Dra. Yajaira Quesada</i>	Aprobado por: <i>Dra. Fiorella Elizondo</i>	Fecha Aprobado: <i>10 de julio, 2024</i>

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cargo profesional que desempeña: \_\_\_\_\_

Institución o empresa donde labora: \_\_\_\_\_

Especialidad farmacéutica a inscribir (coloque el nombre como aparece en el Listado de Especialidades, publicado en la página web [www.colfar.com](http://www.colfar.com)): \_\_\_\_\_

**Aplica para especialidad Académica:**

Título o certificado académico obtenido (anotar nombre como aparece en el título): \_\_\_\_\_

Universidad que lo emite: \_\_\_\_\_

Año de emisión del título: \_\_\_\_\_

**Aplica para especialidad Profesional:**

Años de experiencia laboral en el área de la especialidad (adjuntar constancia emitida por el empleador): \_\_\_\_\_

**Información General:**

- Cuando el farmacéutico haya efectuado sus estudios de formación, capacitación o práctica profesional de especialización en el extranjero, deberá presentar los documentos debidamente autenticados por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de Costa Rica, y traducido al idioma español por un Traductor Oficial o un Notario Público que indique que conoce el idioma que se traduce.
- A solicitud de la Comisión, la Junta Directiva valorará la necesidad de solicitar el reconocimiento, por parte de CONARE (Consejo Nacional de Rectores), del título obtenido en el extranjero.
- Los atestados que sustenten la solicitud de inscripción permitirán al solicitante incorporar una única especialidad o subespecialidad en el Colegio de Farmacéuticos. No obstante, la presentación de atestados diferentes facultará al interesado para solicitar su inscripción en otra especialidad.

Requisitos generales:	V/A*
Ser miembro activo del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica y estar al día con las obligaciones en el Colegio	<input type="checkbox"/>
Foto digital tamaño pasaporte con las siguientes características: formato .jpg, fondo liso blanco, foto de frente, sin filtros, vestimenta formal, buena iluminación. Enviada al correo <a href="mailto:servicioalcliente2@colfar.com">servicioalcliente2@colfar.com</a>	<input type="checkbox"/>

\*V/A = Verificado / Aportado

Requisitos específicos:			
Especialidad académica	V/A*	Especialidad profesional	V/A*
Original y copia del título, diploma o certificado académico de la especialidad farmacéutica cursada (si es extranjero debe venir autenticado por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de Costa Rica y traducido al idioma español por un Traductor Oficial o un Notario Público que indique que conoce el idioma que se traduce)	<input type="checkbox"/>	Documento que describa en forma detallada las actividades y/o tareas que ejecuta y desarrolla específicamente en el área de la especialidad, emitido y firmado por el empleador.	<input type="checkbox"/>
Cuando el título original exceda el tamaño oficio, la copia debe ser presentado en tamaño carta o tamaño oficio	<input type="checkbox"/>	Original y copia de los certificados, título propio o diplomas de los cursos de capacitación y/o pasantías específicas realizadas en el área de la especialidad por un periodo igual o mayor a seis meses continuos, o en su defecto por periodos discontinuos con duración mínima de 80 horas cada uno, o con una formación teórico práctica sistematizada y documentada de al menos 960 horas respaldada por una universidad o acreditada por el Colegio de Farmacéuticos.	<input type="checkbox"/>
Se debe adjuntar certificación de notas de los cursos aprobados en el posgrado, indicando el periodo en que fue aprobado cada uno	<input type="checkbox"/>	Al menos tres años de experiencia en jornada laboral de tiempo completo en el área de la especialidad, respaldados por certificación del tiempo efectivo laborado en dicha área, emitida por el o los empleadores.	<input type="checkbox"/>

Firma del interesado: \_\_\_\_\_ Firma de recibido \_\_\_\_\_ Fecha recepción \_\_\_\_\_

USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN			
Decisión:	<input type="checkbox"/> Aprobada	<input type="checkbox"/> Devuelta	<input type="checkbox"/> Rechazada
Sesión:	Acuerdo:		
Observaciones:			
Firma facilitador(a):		Firma secretaria(o):	