**6.2.1. IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del ente proveedor:** |       |
| **Número de acreditación del ente:** |       |
| **Nombre del coordinador(a):** |       |
| **Teléfono:** |       |
| **Correo electrónico:** |       |
| **Nombre de la actividad:** |       |
| **Matrícula esperada:** |       |
| **Tipo de certificado:** | [ ]  Aprovechamiento [ ]  Participación [ ]  Asistencia |
| **Sede:** |       |
| **Fecha de inicio:** |       |
| **Fecha de finalización:** |       |
| **Día(s) de la semana.** |       |
| **Horario:** |       |
| **Total de horas efectivas:** |       |

\*EFC = Educación Farmacéutica Continua.

|  |
| --- |
| **6.2.2. JUSTIFICACIÓN Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** |
|            |

|  |
| --- |
| **6.2.3. DESCRIPCIÓN CURRICULAR:** |
| **Objetivo general de la actividad:**       |
| **Objetivos Específicos** | **6.2.4. Contenidos Generales** | **6.2.5. Técnicas didácticas** | **6.2.6 Instructor(a)**  | **6.2.7. Tiempo (h)** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **6.2.8. SISTEMA DE EVALUACIÓN:** |
|            |

|  |
| --- |
| **6.2.9. CRONOGRAMA** |
|  |
| **Hora inicio** | **Tema** | **Expositor(a)** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| **6.2.10. RESUMEN DEL *CURRICULUM VITAE*:** |
|                                                    |

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE ANTE LA COMISIÓN:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |       |
| **Número de identificación:** |       |
| **Profesión:** |       |
| **Cargo en la organización:** |       |
| **Dirección:** |       |
| **Teléfono oficina:** |       |
| **Teléfono celular:** |       |
| **Correo electrónico:** |       |
| **Firma:** |  |

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN DE RECERTIFICACIÓN FARMACÉUTICA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Decisión de la CRF:** | [ ]  Aprobada [ ]  Devuelta [ ]  Rechazada |
| **Observaciones:** |       |
| **Número de acreditación:** |       |
| **Sesión:** |       |
| **Acuerdo:** |       |
| **Fecha:** |       |
| **Vigente hasta (DD/MM/AA):** |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma coordinador(a)** | **Firma secretaria(o)** | **Sello:** |