

**CERTIFICACIÓN - RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL**

Estimado/a colega:

A partir del mes de Septiembre de 2015 se tramitará en COFA el décimo cuarto llamado a la Recertificación y el vigésimo cuarto llamado a la Certificación Profesional (nacional). Cabe aclarar que el grupo de farmacéuticos que obtuvo su Certificación Profesional en Septiembre de 2010, deberá realizar el trámite de Recertificación en Septiembre de 2015. Tener en cuenta que luego de realizar la Certificación, la misma es válida por un período de 5 años. Finalizado este período debe tramitarse la Recertificación y así sucesivamente. **Para el proceso de la Primera Recertificación deberá reunir 45 créditos, para la Segunda Recertificación, 42.5 créditos, siempre y cuando haya acumulado al menos 5 créditos por año; en caso contrario deberá reunir 50 créditos lo mismo que para la Certificación.** Los formularios que deben llenarse son los mismos en ambos casos, solamente que en la planilla de adhesión voluntaria deberá colocar según corresponda: Certificación ó Recertificación.

Los formularios están disponibles en nuestra página web ([www.colfacor.org.ar](http://www.colfacor.org.ar)) y deberán completarse de la siguiente forma:

1. **Completar y firmar la solicitud de adhesión a la Certificación/ Recertificación.**
2. **Presentar fotocopia del título universitario (en caso de certificación). Armar una carpeta con los certificados que avalen todas las modalidades acreditables (antecedentes) de su historia profesional.**
3. **Armar una carpeta con las fotocopias de los certificados incluidos en la carpeta anterior.**
4. **Teniendo a la vista todos los certificados incluidos en la carpeta, completar el formulario de suscripción de antecedentes. Tenga en cuenta que para la certificación son válidos todos los certificados de diferentes actividades de capacitación realizadas desde su fecha de egreso. En cambio para la Recertificación sólo se tendrán en cuenta las actividades llevadas a cabo en ese período de 5 años.**
5. **Una vez completado el formulario de suscripción de antecedentes, imprimirlo, firmarlo y colocar el sello o aclarar la firma.**
6. **Completar y firmar la solicitud de constancia de matriculación y certificado ético profesional, dirigida al presidente del Colegio (costo: \$ 20).**
7. **Completar, firmar y sellar con sello de la farmacia, la solicitud para que Dirección de Jurisdicción de Farmacias extienda la constancia de su ejercicio profesional (costo: \$42). Deberá enviar entonces junto con la documentación \$62 para el pago de ambos certificados.**

**Remitir al Dpto. de Capacitación y Responsabilidad Social toda esta documentación, antes del 25 de Septiembre de 2015. Recibiremos las carpetas solamente hasta la fecha especificada debido a que en forma posterior deben ser analizadas y luego enviadas en tiempo y forma a COFA para ser evaluadas por el Comité Nacional de Certificación.**

## ANEXO 1

### CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA SOLICITUD DE ADHESION VOLUNTARIA A LA CERTIFICACION Y RECERTIFICACION

**Expediente N° CNC-.....**  
(Sírvasse completar con letra de imprenta legible)

El/la que suscribe, Farmacéutico/ a (apellido y nombre).....

Matrícula N°..... expedida por (Colegio, Ministerio).....

Documento de Identidad (tipo y número).....

con ejercicio profesional en (entidad laboral).....

con el cargo de.....

con domicilio profesional en ..... N°..... Piso..... Dto.....

Teléfono..... E-mail..... Código

Postal .....

Localidad..... Provincia..... con domicilio particular

en..... N°..... Piso..... Dto.....

Teléfono..... E-mail.....

Código Postal..... Localidad..... Provincia.....

manifiesta conocer y aceptar el Reglamento General de Certificación y Recertificación Profesional del Colegio de la Provincia de Córdoba y el Reglamento General de Certificación y Recertificación Profesional de la Confederación Farmacéutica Argentina y solicita se inicien los trámites para su (CERTIFICACION O RECERTIFICACION)..... profesional.

En (localidad)....., a los.....días del mes de.....del año....., se firma el presente en carácter de declaración jurada al pie, en prueba de conformidad.

.....  
Firma

.....  
Aclaración

## **APARTADO 2**

### **CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA**

### **FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES**

<b>TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE Ejercicio Profesional en: (marcar con una cruz)</b>	<b>DETALLE (incluir lugar y período o fecha)</b>	<b>OBSERVACIONES del CNC</b>	<b>FOLIO N°</b>
Farmacia comunitaria			
Droguería			
Distribuidora			
Industria			
Hospital			
Herboristería			
Oficina de inspección			
Gabinete de auditoría			
Otras actividades			

**CAPACITACION RECIBIDA EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS RELACIONADAS CON  
FARMACIA Y OTRAS CS. DE LA SALUD**

<b>EDUCACIÓN FARMACÉUTICA CONTINUA</b>			
<b>MODALIDAD ACREDITABLE</b>	<b>CODIGO OTORGADO POR EL CNC</b>	<b>DETALLE (incluir lugar, período o fecha si desconoce el código CNC)</b>	<b>FOLIO N°</b>
2.01.01: Curso intensivo presencial con un mínimo de 6 horas, sin evaluación.			
2.01.02: Curso intensivo presencial con un mínimo de 12 horas con evaluación.			
2.01.03: Curso regular presencial de 24 a 39 horas.			
2.01.04: Curso regular presencial, de más de 40 horas.			
2.01.05: Curso regular presencial, de 80 horas o más, aprobado por disposición o resolución oficial de Autoridad Universitaria.			
2.01.06: Curso regular a distancia, virtual o mixto de 30 a 59 horas, sin evaluación presencial.			
2.01.07: Curso regular a distancia, virtual o mixto de 30 a 59 horas, con evaluación presencial.			
2.01.08: Curso regular a distancia, virtual o mixto de 60 a 89 horas, sin evaluación presencial.			
2.01.09: Curso regular a distancia, virtual o mixto de 60 a 89 horas, con evaluación presencial.			
2.01.10: Curso regular a distancia, virtual o mixto de 90 horas o más, sin evaluación presencial.			
2.01.11: Curso regular a distancia, virtual o mixto de 90 horas o más, con evaluación presencial.			
2.02.01: Conferencia, charla.			
2.02.02: Mesa redonda, simposio, panel, foro de 2,5 horas o más.			
2.02.03: Seminario de 12 horas o más, con presentación de informe final.			

<b>EDUCACIÓN FARMACÉUTICA CONTINUA</b>			
<b>MODALIDAD ACREDITABLE</b>	<b>CODIGO OTORGADO POR EL CNC</b>	<b>DETALLE (incluir lugar, período o fecha si desconoce el código CNC)</b>	<b>FOLIO N°</b>
2.02.04: Taller de 9 o más horas, con redacción de conclusiones finales.			
2.02.05: Jornada de 6 horas o más, 1 día.			
2.02.06: Jornadas de 6 horas o más, 2 días o más.			
2.02.07: Congreso de 3 días o más.			
2.03.01: Beca de investigación o actualización.			
2.03.02: Concurrencia o pasantía de posgrado en oficina, laboratorio o servicio.			
2.03.03: Concurrencia o pasantía de posgrado en oficina, laboratorio o servicio.			
2.03.04: Residencias en instituciones reconocidas.			
2.03.05: Doctorado o Maestría en Ciencias farmacéuticas y de la Salud aprobados por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.			
2.03.06: Especializaciones de posgrado aprobados por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.			
3.01.01: Profesor titular, asociado o adjunto por concurso en Universidades reconocidas por la Ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras Ciencias de la Salud.			
3.01.02: Profesor titular, asociado o adjunto sin concurso en Universidades reconocidas por la Ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras Cs de la Salud.			
3.01.03: Jefe de Trabajos Prácticos por concurso en Universidades reconocidas por la ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras Ciencias de la Salud.			
3.01.04: Jefe de Trabajos Prácticos sin concurso en universidades reconocidas por la ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras Ciencias de la Salud.			

<b>EDUCACIÓN FARMACÉUTICA CONTINUA</b>			
<b>MODALIDAD ACREDITABLE</b>	<b>CODIGO OTORGADO POR EL CNC</b>	<b>DETALLE (incluir lugar, período o fecha si desconoce el código CNC)</b>	<b>FOLIO N°</b>
3.01.05: Ayudante en universidades reconocidas por la ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras Ciencias de la Salud.			
3.01.06: Docente de curso o módulo de carrera de posgrado universitario.			
3.01.07: Director/Coordinador carrera universitaria acreditada por CONEAU.			
3.01.08: Director de Tesis de Doctorado o Maestría aprobada.			
3.01.09: Director Tesina.			
3.01.10: Director de Residencia.			
3.01.11: Director de Pasantía.			
3.01.12: Director/ Codirector de Proyecto de Investigación aprobado por organismo reconocido y ejecutado.			
3.01.13: Integrante de Proyecto de Investigación aprobado y financiado.			
3.01.14: Jurado de tesis, concurso, o comisión asesora de concurso, premio, etc.			
3.02.01: Disertante en conferencia.			
3.02.02: Docente curso presencial de 6-11 horas acreditado por CNC, cuando el número de docentes sea igual o menor de 2.			
3.02.03: Docente en curso presencial de 6-11 horas acreditado por CNC, cuando el número de docentes sea mayor de 2.			
3.02.04: Docente en curso intensivo presencial de 12 horas o más, acreditado por CNC, cuando el número de docentes sea igual o menor de 2.			
3.02.05: Docente en curso intensivo presencial de 12 horas o más, acreditado por CNC, cuando el número de docentes sea mayor de 2.			
3.02.06: Docente en curso regular presencial de 24 horas o más, acreditado por CNC, cuando el número de docentes			

<b>EDUCACIÓN FARMACÉUTICA CONTINUA</b>			
<b>MODALIDAD ACREDITABLE</b>	<b>CODIGO OTORGADO POR EL CNC</b>	<b>DETALLE (incluir lugar, período o fecha si desconoce el código CNC)</b>	<b>FOLIO N°</b>
sea igual o menor de 2.			
3.02.07: Docente en curso regular presencial de 24 horas o más, acreditado por CNC, cuando el número de docentes sea mayor de 2.			
3.02.08: Tutoría en curso regular virtual, a distancia, o mixto acreditado por CNC de 30 -59 horas.			
3.02.09: Tutoría en curso regular virtual, a distancia, o mixto acreditado por CNC de 60-89 horas.			
3.02.10: Tutoría en curso regular virtual, a distancia, o mixto acreditado por CNC de 90 horas o más.			
3.02.11: Director/ Coordinador curso presencial acreditado por el CNC o Universidad de 6 a 11 horas.			
3.02.12: Director/ Coordinador curso presencial acreditado por el CNC o Universidad de 12 a 23 horas.			
3.02.13: Director/ Coordinador curso regular presencial de 24 horas o más acreditado por el CNC o Universidad.			
3.02.14: Director/ Coordinador curso virtual, a distancia o mixto e 30-59 horas acreditado por CNC.			
3.02.15: Director/ Coordinador curso virtual, a distancia o mixto e 60-89 horas acreditado por CNC.			
3.02.16: Director/ Coordinador curso virtual, a distancia o mixto de más 90 horas acreditado por CNC.			
3.03.01: Coordinador de seminario.			
3.03.02: Coordinador de taller con redacción de conclusiones finales.			
3.03.03: Presentación o comunicación de un trabajo en Congreso o Jornada.			

<b>EDUCACIÓN FARMACÉUTICA CONTINUA</b>			
<b>MODALIDAD ACREDITABLE</b>	<b>CODIGO OTORGADO POR EL CNC</b>	<b>DETALLE (incluir lugar, período o fecha si desconoce el código CNC)</b>	<b>FOLIO N°</b>
3.03.04: Expositor o panelista en congreso o jornada.			
3.03.05: Actividades de coordinación de panel/ mesa en Congreso o Jornada			
3.04.01: Docente de nivel secundario y terciario en establecimientos oficiales o privados incorporados a la enseñanza oficial.			
4.01.01: Artículo original/ actualización en revista con referato.			
4.01.02: Artículo original/ actualización en revista sin referato.			
4.02.01: Capítulo de libro.			
4.02.02: Libro mayor de 100 Pág.			
4.02.03: Libro menor de 100 Pág.			
4.03.01: Unidad instruccional breve para la capacitación virtual o a distancia de posgrado, de entre 10 y 50 pag. o equivalente.			
4.03.02: Unidad instruccional extenso (módulo) para la capacitación virtual o a distancia de posgrado de más de 50 pag. o equivalente.			
4.03.03: Video instruccional para la educación, presencial, virtual o a distancia de posgrado, de no menos de 15 minutos de duración.			
4.04.01: Artículo actualización o comunicación relacionado con la profesión farmacéutica u otra ciencias de la salud en revistas institucionales.			
4.05.01: Director / Miembro de Comité editorial de publicación científica.			
4.05.02: Referato de producción científica o técnica.			
4.05.03: Director / Miembro de Comité editorial de publicación institucional o de divulgación.			
4.05.04: Evaluador o revisor de revista institucional o de divulgación.			

<b>EDUCACIÓN FARMACÉUTICA CONTINUA</b>			
<b>MODALIDAD ACREDITABLE</b>	<b>CODIGO OTORGADO POR EL CNC</b>	<b>DETALLE (incluir lugar, período o fecha si desconoce el código CNC)</b>	<b>FOLIO N°</b>
4.06.01: Premio otorgado a trabajo presentado en Congreso / Jornada o evento científico.			
4.06.02: Premio otorgado por Sociedad Científica o Académica a trabajo científico.			
4.06.03: Premio a la trayectoria profesional otorgado por entidad reconocida.			
4.07.01: Patente.			
5.01.01: Rector, Vicerrector, Decano, ViceDecano, Secretario Académico, Secretario de gestión, Consejeros Universitarios.			
5.02.01: 01Miembro de comisión directiva, subcomisión o comité de COFA.			
5.03.01: Miembro integrante de comisiones científicas en instituciones gubernamentales y no gubernamentales.			
5.04.01: Miembro Comité organizador o Comité Científico de Congreso y Jornada.			
5.05.01: Participante de Campañas y/o Programas Especiales.			
5.06.01: Actividad de divulgación abierta a la comunidad tareas de divulgación en escuelas, ONG, radio y TV.			
5.06.02: Publicación de trabajo en medio periodístico.			

- **Las actividades de capacitación previas a la graduación del postulante, no otorgan créditos.**
- **Se computa hasta un máximo de 20 créditos por período de certificación en la temática de gestión, marketing, administración y otros cursos relacionados.**
- **Los cursos de idiomas y computación, no se consideran cursos de capacitación en el área de la salud.**

**Firma y sello**

Córdoba, Septiembre de 2015

**Sr.  
Presidente  
Colegio de Farmacéuticos  
de la Provincia de Córdoba  
Farm. Germán Daniele**

---

De mi consideración:

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar tenga a bien emitir una constancia de matriculación y un certificado ético profesional a mi nombre, para ser presentado en los trámites de Certificación / Recertificación Profesional.

Sin otro particular, lo saludo atentamente.

-----  
Firma

-----  
Aclaración de firma

-----  
Nº de  
Matrícula

**\* Adjuntar a esta nota \$ 20**

**Sra.  
Directora de la Jurisdicción de Farmacias  
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba  
Farm. Viviana Mirábile**

---

El/la farmacéutico/a.....  
matrícula profesional.....se dirige a Ud. a fin de solicitar tenga a bien  
emitir una constancia de actuación profesional para ser presentada en los trámites de  
la Certificación / Recertificación Profesional.

Autorizo a personal del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba a retirar  
la constancia solicitada.

Declaro que he realizado mi ejercicio profesional en:

.....(nombre del establecimiento)..... (Fecha/período)

.....(nombre del establecimiento)..... (Fecha/período)

.....(nombre del establecimiento)..... (Fecha y período)

-----  
Firma

-----  
Aclaración

-----  
DNI

-----  
Domicilio

**\*Adjuntar a esta nota \$42**

**SELLO de la FARMACIA**