

## Solicitud Cambio o Anadir Preceptor Interno Técnico de Farmacia



Cambia de Preceptor



Anadir Preceptor

NÚMERO DE CERTIFICADO DE INTERNO TÉCNICO EXPEDIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### Certificación de Interno

(Para ser llenado por el farmacéutico que supervisará el aprendizaje)

Yo, \_\_\_\_\_ vecino de \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, declaro que:

UNO: QUE soy farmacéutico autorizado a ejercer mediante licencia expedida por la Junta de Farmacia.

DOS: QUE conozco personalmente a \_\_\_\_\_ y  
me consta de propio conocimiento que es persona que goza de buena reputación, la considero  
acreedora a que se le expida un CERTIFICADO DE REGISTRO COMO INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA.

TRES: QUE me comprometo a supervisar personalmente y a hacerme responsable de dicho aprendizaje  
por un periodo de tres (3) años, comenzando en la fecha que la Junta de Farmacia expida el  
certificado.

CUATRO: QUE me comprometo a certificar luego a la Junta de Farmacia el resultado de tal aprendizaje.

Dado en \_\_\_\_\_ Puerto Rico a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA EL FARMACÉUTICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y DIRECCIÓN FARMACIA

\_\_\_\_\_  
(NÚM. LICENCIA)

\_\_\_\_\_  
(NÚM. DE REGISTRO)

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELEFONO



# Certificación

Yo \_\_\_\_\_ vecino(a) de \_\_\_\_\_

Mayor de edad farmacéutico (a) autorizado (a) a ejercer mediante licencia expedida por la Junta De Farmacia de Puerto Rico, cuyo número de licencia es \_\_\_\_\_ , DECLARO QUE estoy supervisando el INTERNADO DE: \_\_\_\_\_.

Declaro, además, que superviso a los siguientes Técnicos con Certificado Permanente:

1. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_

**Estudiante de Farmacia o Interno Técnico de Farmacia. Favor de incluir el horario de práctica.**

1. \_\_\_\_\_ Univ. \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Univ. \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

**Por la Ley 247 del 3 de septiembre de 2004, según enmendada, Ley de Farmacia de Puerto Rico, un farmacéutico podrá supervisar con relación a la dispensación de medicamentos en un mismo horario a no más de (5) cinco técnicos de farmacia, o a un (1) interno de farmacia o interno de técnico de farmacia, para un máximo de (5) cinco personas bajo su supervisión.**

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FARMACÉUTICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA FARMACIA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN COMPLETA DE LA FARMACIA

**RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISIÓN. SI SUPERVISA OTRO INTERNO ESTUDIANTE DE FARMACIA O TÉCNICO DE FARMACIA, DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIGIR CON EL OTRO.**

---

---

## HORARIO DE PRÁCTICA DE FARMACIA DEL ESTUDIANTE

DÍAS	MAÑANA(A.M.)	TARDE (P.M.)	NOCHE (P.M.)	TOTAL DE HORAS
LUNES				
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SÁBADO				
DOMINGO				
<b>TOTAL DE HORAS SEMANALES</b>				

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha

### HORARIO DEL PRECEPTOR

*Lunes* \_\_\_\_\_

*Martes* \_\_\_\_\_

*Miércoles* \_\_\_\_\_

*Jueves* \_\_\_\_\_

*Viernes* \_\_\_\_\_

*Sábado* \_\_\_\_\_

*Domingo* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del preceptor

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISIÓN. SI SUPERVISA OTRO ESTUDIANTE DE FARMACIA O INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIGIR CON EL OTRO.**

## Instrucciones para el Solicitante

1. Los solicitantes deberán proveer toda la información requerida en la solicitud.
2. Los derechos a pagar por el CERTIFICADO DE REGISTRO COMO INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA es de \$50.00 dólares, en giro postal o bancario a favor del SECRETARIO DE HACIENDA. **NO REEMBOLSABLES**
3. NINGUNA PERSONA podrá empezar la práctica como INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA, sin haberse provisto un Certificado de Registro expedido por la Junta. De hacerlo, se expondrá a las penalidades fijadas por la Ley.
4. El interno de técnico de farmacia solo podrá actuar como tal bajo la supervisión inmediata de su farmacéutico preceptor. Un interno de técnico de farmacia no podrá, en ningún momento, ejercer las funciones de un técnico de farmacia certificado, de acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 247.
5. La práctica de interno técnico de farmacia empezará a contar desde la fecha de recibo del Certificado de Practicante para Estudiantes Aspirantes a Técnicos de Farmacia.
6. El certificado de práctica **NO ES RENOVABLE**. De tener alguna dificultad que impida continuar la práctica, deberá notificar a la Junta de Farmacia.
7. **RECUERDE SACAR COPIA DE SUS DOCUMENTOS.**

### Requisitos

(LA SOLICITUD DEBERÁ VENIR ACOMPAÑADA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS)

- ORIGINAL Y COPIA** identificación con foto vigente (Licencia de conducir, Real ID o Pasaporte)
- ORIGINAL** Certificado de antecedentes penales, expedido por la policía de Puerto Rico (No más de (1) mes de expedido a la fecha en que radica la solicitud).
- COPIA** de la carta de colegiación vigente de su preceptor.
- COPIA** del Certificado de Registro de Profesionales, vigente, de su preceptor.
- Información del preceptor completa (copia del registro y copia de la colegiación).
- COPIA** de la matrícula de la institución donde estudia.
- ORIGINAL** certificación negativa de Asume.
- (1) UN SOBRE** tamaño carta pre-dirigido con sello postal.
- Pago de \$15.00 dólares, con ATH, VISA, MasterCard ó un giro a nombre del Secretario de Hacienda. **NO REEMBOLSABLES**

**NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS**

---

JUNTA DE FARMACIA DE PUERTO RICO  
P.O. BOX 10200, San Juan, Puerto Rico 00908 – 0200  
(787) 765-2929, exts.. 6645, 6602  
[maría.fuentes@salud.pr.gov](mailto:maría.fuentes@salud.pr.gov), [cristina.matos@salud.pr.gov](mailto:cristina.matos@salud.pr.gov)