|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Señores.  Dirección Nacional de Medicamentos.  Presente.  Yo, **<<Nombre del Profesional Responsable>>**, actuando como **Profesional responsable** de <**<Nombre del titular>>**, solicito **<<Nombre del trámite de modificación posterior / Renovación del registro sanitario a realizar>>,** brindo la información que a continuación detallo: | | | | | |
| **NÚMERO DE SOLICITUD DE TRÁMITE** | | | **NÚMERO COMPROBANTE DE PAGO** | | |
|  | | |  | | |
| **1. GENERALIDADES DEL PRODUCTO** | | | | | |
| **NOMBRE DEL PRODUCTO** | | | **NÚMERO DE REGISTRO** | | **FECHA DE VENCIMIENTO DE RENOVACIÓN** |
|  | | |  | |  |
| **2. TITULAR** | | | | | |
| **NOMBRE** | | | **DIRECCIÓN** | | **PAÍS** |
|  | | |  | |  |
| 3. FABRICANTE(S) | | | | | |
| **NOMBRE** | | | **DIRECCIÓN** | | **PAÍS** |
|  | | |  | |  |
| 4. DISTRIBUIDOR(ES) | | | | | |
| **NOMBRE DEL DISTRIBUIDOR** | | | **No. DE PODER DE DISTRIBUCIÓN** | | |
|  | | |  | | |
| 5. TRÁMITE | | | | | |
| NOMBRE DEL TRÁMITE | | | JUSTIFICACIÓN | | |
|  | | |  | | |
| ESTADO PREVIO | | | ESTADO POSTERIOR | | |
|  | | |  | | |
| **6. REQUISITOS DOCUMENTALES** | | | | | |
|  | | | | | |
| **7. TERCEROS INTERESADOS [ ] NO ES DE MI CONOCIMIENTO**  **Nota:** Se entenderá como terceros interesados las personas que sin haber iniciado el procedimiento, tengan derechos que puedan resultar afectados por la decisión que en el mismo se adopte. | | | | | |
| **NOMBRE PERSONA NATURAL O JURIDICA Y NOMBRE DE APODERADO RESPONSABLE (CUANDO APLIQUE)** | |  | | | |
| **8. SEÑALO PARA OIR NOTIFICACIONES** | | | | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  | | | | |
| **9. PROFESIONAL RESPONSABLE** | | | | | |
| **NOMBRE COMPLETO** | | | | **FIRMA Y SELLO (OBLIGATORIO)** | |
|  | | | |  | |
| **No. DE PODER INSCRITO EN LA DNM** | | | |
|  | | | |
| **10. APODERADO RESPONSABLE** | | | | | |
| **NOMBRE COMPLETO** | | | | **FIRMA Y SELLO** | |
|  | | | |  | |
| **No. DE PODER INSCRITO EN LA DNM** | | | |
|  | | | |
| ***Espacio para auténticas de firma para cuando aplique*** | | | | | |

*Vigente desde: 18-marzo-2024*