|  |
| --- |
| 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*