

**SE SOLICITA MODIFICACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO PARA  
DISPOSITIVOS MÉDICOS, SE ACOMPAÑAN DOCUMENTOS.**

No. de expediente: \_\_\_\_\_

**Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA).**

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad con nacionalidad \_\_\_\_\_ y con  Documento Nacional de Identificación (DNI) /  número de pasaporte (extranjeros) \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_; actuando en mi condición de  Representante legal /  Apoderado legal /  otro/a (especifique) \_\_\_\_\_ de la Sociedad Mercantil \_\_\_\_\_ con Registro Tributario Nacional (RTN) No. \_\_\_\_\_ comparezco a solicitar el trámite de modificación del registro sanitario para dispositivos médicos; en un plazo de resolución  5 días hábiles  10 días hábiles  20 días hábiles  30 días hábiles  60 días hábiles para el producto \_\_\_\_\_, en atención a las consideraciones siguientes:

**Datos del Titular del Producto:**

Nombre completo del titular del producto:	
Dirección exacta y país del titular del producto:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Sitio web:	

**Origen de Fabricación**

Nombre del fabricante:	
País(es) de origen:	

Dirección exacta:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Sitio web:	

**Datos del Distribuidor(es):**

Nombre de la(s) empresa(s) distribuidora(s):	
Dirección exacta del distribuidor:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
No. de Licencia Sanitaria:	
Nombre del representante legal del distribuidor:	

**Datos del Producto:**

Nombre del producto (nombre idéntico que aparece en la etiqueta):	
Presentación comercial:	
Código de referencia, modelo o serie:	
Código Internacional GMDN ó UMDNS:	
Expediente de Clasificación por Riesgo:	
Número de Registro Sanitario:	
Vigencia de Registro Sanitario:	

Por lo antes expuesto, firmo la presente en la ciudad de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a los  
\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.



**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO PARA  
DISPOSITIVOS MÉDICOS**

**Versión: 01**

**Código: DDM-F-006**

**Página 3 de 4**

---

Firma del Solicitante