|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ASEGURAMIENTO SANITARIO** | Código**C02-RS-02-UREP.HER14** |
| **REGISTRO SANITARIO Y TRAMITES ASOCIADOS** |
| **MODIFICACIONES** | Versión **No. 08** |
| **FORMULARIO DE POST REGISTROS JURÍDICOS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS, COSMÉTICOS E HIGIÉNICOS** | **Página 1 de 1** |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL REGISTRO DEL PRODUCTO**
 |
| NOMBRE DEL TITULAR  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NÚMERO DE MANDAMIENTO** | **NÚMERO DE SOLICITUD** | **NÚMERO DE****REGISTRO** | **NOMBRE DEL PRODUCTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **TRÁMITE DE MODIFICACIÓN POSTERIOR**
 |
| **NOMBRE DEL TRÁMITE** | **ESTADO PREVIO** | **ESTADO POSTERIOR** |
| CAMBIO DE TITULAR |  |  |
| CAMBIO DE PROFESIONAL RESPONSABLE |  |  |
| CAMBIO DE APODERADO RESPONSABLE |  |  |
| CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE TITULAR |  |  |
| CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE FABRICANTE |  |  |
| CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DEL ACONDICIONADOR |  |  |
| OTROS (TOMAR NOTA) |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **CONTACTO PARA NOTIFICACIONES**
 |
| PERSONA AUTORIZADA PARA NOTIFICAR |  |
| CORREO(S) ELECTRÓNICO (S) |  |
| TELÉFONO(S) DE CONTACTO(S) |  |

|  |
| --- |
| 1. **FIRMA Y SELLO**
 |
| **PROFESIONAL RESPONSABLE**  | **APODERADO RESPONSABLE/****REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO** |
|  |  |

***\*ESPACIO PARA USO NOTARIAL LEGALIZACIÓN DE FIRMAS CONFORME AL ART. 5 LPA. (CUANDO APLIQUE)***

*Fecha de autorización: 15-marzo-2024*