



**Dirección Nacional de Medicamentos**  
**FORMULARIO DE CAMBIOS POST-REGISTRO**  
**DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS**  
**CAMBIOS ADMINISTRATIVOS**



URV-P-01-POI-06\_H-03

1. GENERALIDADES DE PRODUCTO FARMACEUTICO			
1.1 Nombre del producto farmacéutico	1.2 Número de registro	1.3 Fecha de vencimiento de Renovación	
1.4 Forma Farmacéutica	<p>SELLO DE RECIBIDO DNM</p> <p>No. Comprobante de Pago</p>		
1.5 Nombre del (los) principio(s) activo(s) y concentración			
1.6 Modalidad de venta			
2. TITULAR DEL PRODUCTO			
2.1 Nombre del titular			
2.2 Domicilio			
3. LABORATORIO(S)			
A. Laboratorio(s) Fabricante(s)			
3.1 Nombre(s) del o los Laboratorio(s) Fabricantes(s)			
3.2 Domicilio			
B. Laboratorio(s) Acondicionador(es)			
3.1 Nombre (s) del o los Laboratorio(s) Acondicionador(es)			
4. CAMBIOS POS-REGISTRO A TRAMITAR (MARCAR CON UNA X)			
4.1 CAMBIO (S) A TRAMITAR	4.2 ESTADO PREVIO (Cuando aplique)	4.3 ESTADO POSTERIOR (Cuando aplique)	4.4 JUSTIFICACIÓN (Llenar siempre)
CAMBIO DE NOMBRE DE MEDICAMENTO PARA EXPORTACION			
CANCELACION DE REGISTRO			
CERTIFICACION			
CONSTANCIA			
TOMESE NOTA			
DESISTIMIENTO DE TRAMITE			
TRAMITES RELACIONADOS			
5. DOCUMENTACION ANEXA DE RESPALDO (cada documento presentado deberá venir foliado)			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

<b>6. QUIMICO FARMACEUTICO RESPONSABLE</b>	
6.1.Nombre completo	6.3 Firma y Sello (Obligatorio)
6.2 Numero de inscripción DNM	
<b>7. APODERADO <input type="checkbox"/> / REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> /PROPIETARIO <input type="checkbox"/></b>	
7.1 Nombre completo	7.3 Firma y Sello
7.2 Numero de inscripción DNM	
8. Correo electrónico para notificación	
Espacio para auténticas de firma para cuando aplique	

**NOTA:**

1. Para todo trámite solicitado deberá indicar el número de mandamiento de pago cancelado.