

**SE SOLICITA MODIFICACIÓN DE REGISTRO SANITARIO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS. SE ACOMPAÑAN DOCUMENTOS.**

Señor Comisionado Presidente  
Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA).

Yo, \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, con identidad No. \_\_\_\_\_, RTN No. \_\_\_\_\_, teléfono: \_\_\_\_\_ y correo electrónico: \_\_\_\_\_, actuando en condición de \_\_\_\_\_ comparezco a solicitar *modificación de Registro Sanitario*, para el producto que detallo a continuación:

Nombre del Producto: \_\_\_\_\_  
Marca del Producto: \_\_\_\_\_  
Tipo de Producto: \_\_\_\_\_  
Presentaciones del Producto (Contenido Neto): \_\_\_\_\_  
País de procedencia: \_\_\_\_\_  
Descripción y justificación de la modificación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datos del Titular / Propietario

Nombre del Titular/Propietario: \_\_\_\_\_  
N° de RTN: \_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_  
Numero de identidad del representante legal: \_\_\_\_\_  
Dirección y teléfono del Titular: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Datos del Fabricante:

Nombre del Fabricante: \_\_\_\_\_  
Dirección y teléfono del fabricante: \_\_\_\_\_  
Numero de licencia sanitaria: \_\_\_\_\_  
Vigencia: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Datos del distribuidor:

Nombre del distribuidor: \_\_\_\_\_  
Dirección y teléfono del distribuidor: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Para lo cual adjunto la documentación correspondiente.

1. Documentos que avalen el TIPO de cambio según RTCA
2. Comprobante de pago
3. Declaración jurada debidamente autenticada
4. Copia de la licencia sanitaria
5. Carta poder original y copia para su cotejo, en su caso, debidamente autenticada (cuando aplique)

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Firma y sello de Propietario / Titular.**