

Asunción, 15 de febrero del 2023

Nota PR N° 105/2023.

Señor Ministro:

Nos dirigimos a VV.EE. a fin de poner a su conocimiento que, por **Resolución Directorio N° 0309/2023 de fecha 08.02.2023**, la Comisión Nacional de Telecomunicaciones ha otorgado el Certificado de Homologación del Equipo: **NIM Patient Interface**, Marca: **Medtronic**, Modelo: **NIM4CPB1**, Fabricado por: **Medtronic, Inc. de USA**; en virtud a las atribuciones conferidas a esta Institución, por los Arts. 16 n, 74, 75 y 76 de la Ley N° 642/95 de Telecomunicaciones.

El mencionado Certificado de Homologación, fue otorgado conforme a la solicitud efectuada por la Sra. Arianna Magali Villalba González, con domicilio en la calle Cnel. Panchito López N° 1.173 c/ Mayor Joel Estigarribia, B° Itay de la ciudad de Asunción, en representación de la firma **Qetkra S.R.L.**, con domicilio en el **Edificio SAFICO, Av. Corrientes 456, Piso 22. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, C1043AAR, Argentina**; y fue expedido, evaluando exclusivamente los requisitos técnicos correspondientes al ámbito de las telecomunicaciones.

No obstante, por tratarse de un equipo destinado al diagnóstico y tratamiento de patologías humanas, consideramos oportuno que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tome conocimiento de lo actuado, a fin ejercer los controles y tomar las medidas que, eventualmente, correspondan al ámbito de la salud pública.

Adjunto copia de la RD N° 0309/2023.



**ING. JUAN CARLOS DUARTE DURÉ**  
Presidente de la CONATEL  
NOTA PR N° 105 /2023

A1134634

A Vuestra Excelencia  
Dr. Julio César Borba Vargas.  
Ministerio de Salud Publico y Bienestar Social  
E. S. D.

|  |             |
|--|-------------|
| Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social |             |
| SECRETARIA GENERAL                             |             |
| MESA DE ENTRADA                                |             |
| SIMESE N°                                      | FECHA       |
| 31400  | 16/02/23    |
| HORA:  | FUNC. RESP. |
| 09:44  | Miguel B    |

**RECIBI CONFORME**

Firma:.....  
Aclaración:.....  
C.I. N°:.....  
Fecha:.....