



**ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD
FORMULARIO AMPLIACIÓN O REBAJA DE CONVENIO**

A. IDENTIFICACION ENTIDAD:

RUT ENTIDAD: _____

NOMBRE-RAZÓN SOCIAL: _____

NOMBRE DE FANTASÍA: _____

DOMICILIO-DIRECCIÓN COMERCIAL: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Teléfono fijo de contacto _____ Teléfono fijo comercial _____

Teléfono celular de contacto _____ Teléfono Celular comercial _____

B. LUGARES DE ATENCIÓN (direcciones)

B.1 AGREGA SUCURSAL **B.2 ELIMINA SUCURSAL**

Sucursal 1: _____

Dirección	Comuna	Región	Teléfono comercial	Correo electrónico
-----------	--------	--------	--------------------	--------------------

Sucursal 2: _____

Dirección	Comuna	Región	Teléfono comercial	Correo electrónico
-----------	--------	--------	--------------------	--------------------

Debe adjuntar toda la documentación requerida. En caso de ser necesario, agregar nómina anexa con igual información.

C. PRESTACIONES DE SALUD (POR CADA SUCURSAL):

C.1 AGREGA PRESTACIONES **C.2 REBAJA PRESTACIONES**

CÓDIGOS DE PRESTACIONES (debe registrar código completo en cada casilla. Ejemplo: 0101001. En caso de solicitar códigos correlativos registrar por ejemplo: "desde: 0301002 hasta: 0301030")

Sucursal (dirección):.....

Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Sucursal (dirección):.....

Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

JUSTIFICACIÓN (Obligatorio completar en caso de solicitar REBAJA de prestaciones).....

Debe adjuntar Resolución Sanitaria cuando corresponda para agregar prestaciones. En caso de ser necesario, agregar nómina anexa con igual información, las que deben registrar firma del representante legal.

**D. PLANTA PROFESIONAL DE SALUD (POR CADA SUCURSAL):**

D.1 AGREGA PLANTA PROFESIONAL

D.2 REBAJA PLANTA PROFESIONAL

Sucursal (dirección): _____

Nombre	RUT	Profesión	Especialidad	Firma

Sucursal (dirección): _____

Nombre	RUT	Profesión	Especialidad	Firma

Los profesionales firmantes autorizan a la entidad el cobro de los honorarios profesionales por las prestaciones que ellos realizanDebe adjuntar fotocopia simple de cédula de identidad vigente de todos los integrantes de la planta profesional que se agregan a la planta de la Entidad

En caso de eliminación (Rebaja) de profesionales no se requiere firma ni copia de cédula de identidad.

*En caso de ser necesario, agregar nómina anexa con igual información, las que deben registrar firma del representante legal***E. FIRMAS RESPONSABLES DE SOLICITUD:**_____
Nombre Director Técnico (DT)_____
Firma (DT)_____
Nombre Representante Legal (RL)_____
Firma (RL)_____
(*)Nombre Representante Legal (RL)_____
Firma (RL)

Fecha Solicitud ____ / ____ / ____

(*) Utilizar sólo en caso de existir más de un RL