



**ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD
FORMULARIO MODIFICACIÓN ADMINISTRATIVA Y/O JURÍDICA 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 _____

Tipo Modificación: (Marque con una "X" la o las modificaciones a solicitar)

B. Cambio nivel de atención C. Cambio director técnico D. Cambio dirección de lugar de atención

E. Modificación de sociedad F. Modificación de socios G. Modificación de representante legal

B. CAMBIO NIVEL DE ATENCIÓN:

Nivel actual:	Nivel a cambiar:
----------------------	-------------------------

El nivel de atención se puede cambiar solo transcurrido 6 meses desde la última modificación

C. CAMBIO DIRECTOR TÉCNICO (DT)

Nuevo (DT): _____

Nombre	RUT	Profesión
--------	-----	-----------

D. CAMBIO DIRECCIÓN DE LUGAR DE ATENCIÓN:

Dirección Actual : _____

Dirección	Comuna	Región	Teléfono
-----------	--------	--------	----------

Nueva Dirección : _____

Dirección	Comuna	Región	Teléfono
-----------	--------	--------	----------

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

E. MODIFICACIÓN DE SOCIOS:

NOMBRE (nuevo socio persona natural y/o persona jurídica)	RUT	PROFESION

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



F. MODIFICACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL :

NOMBRE (Nuevo representante legal)	RUT	PROFESION

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

G. MODIFICACIÓN DE SOCIEDAD:

E.1 Cambio tipo de Sociedad:

Antes:	Ahora:
--------	--------

E.2 Cambio Razón Social

Antes:	Ahora:
--------	--------

E.3 Cambio Categoría Tributaria

Antes:	Ahora:
--------	--------

Debe adjuntar toda la documentación requerida para esta modificación.

H. FIRMAS RESPONSABLES DE SOLICITUD:

Nombre Representante Legal (RL) Firma (RL)

(*)Nombre Representante Legal (RL) Firma (RL)

Fecha Solicitud ____/____/____

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