



**ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD
FORMULARIO CAMBIO DE RAZON SOCIAL/RUT/REPRESENTANTE LEGAL/ OTRAS
AUTORIDADES/CATEGORIA TRIBUTARIA
ENTIDAD**

| | | | |
|---------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
| A. RECEPCION | | <small>(USO EXCLUSIVO FONASA)</small> | |
| FECHA | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FOLIO/Nº CORREL. | <input type="text"/> | DIRECCIÓN ZONAL | <input type="text"/> |

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|----------------------|----------------------|
| B. IDENTIFICACION ENTIDAD: | Nº RUT | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NOMBRE – RAZÓN SOCIAL ----- | | | |
| NOMBRE DE FANTASÍA ----- | | | |

| | |
|--|--------------------------|
| C.-SOLICITA CAMBIO DE RAZON SOCIAL: | <input type="checkbox"/> |
| NUEVA RAZON SOCIAL:- | <input type="text"/> |
| NUEVO NOMBRE DE FANTASIA: | <input type="text"/> |

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------|
| D.-SOLICITA CAMBIO DE RUT: | <input type="checkbox"/> | |
| NUEVO RUT: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| |
|--|
| E.-SOLICITA CAMBIO DE TIPO DE SOCIEDAD: |
| ANTES: _____ AHORA: _____ |

| | | |
|--|--------------------------|-----------|
| F.-SOLICITA CAMBIO REPRESENTANTE LEGAL: | <input type="checkbox"/> | |
| NUEVOS REPRESENTANTES LEGALES: | | |
| Nombre | Nº RUT | Profesión |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

| | |
|--|--------------------------|
| G.-SOLICITA CAMBIO DE OTRAS AUTORIDADES DE LA ENTIDAD | <input type="checkbox"/> |
| NUEVO NOMBRE DIRECTOR MEDICO: _____ RUT _____ | |

| H. SOLICITA MODIFICACION DE SOCIOS INTEGRANTES SOCIEDAD | | | | <input type="checkbox"/> |
|---|--------|---------------------------|----------------|--------------------------|
| NUEVOS SOCIOS: Nombre Persona Natural o Nombre Persona Jurídica | Nº RUT | Profesión (Pers. Natural) | Nivel inscrip. | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

