



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

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

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

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

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

|  |
|--|
| <b>E.-SOLICITA CAMBIO DE TIPO DE SOCIEDAD:</b> |
| ANTES: _____ AHORA: _____                      |

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

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

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

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

En caso de necesidad agregar anexo

|   |  |       |  |
|---|--|-------|--|
| <b>I.- SOLICITA CAMBIO CATEGORIA TRIBUTARIA</b> |  |       | <input type="checkbox"/>                 |
| ANTES   | <input style="width: 80%;" type="text"/> | AHORA | <input style="width: 80%;" type="text"/> |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>J.- CAMBIO NIVEL</b> |   |
| NIVEL ACTUAL:           | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| NIVEL AL QUE CAMBIA:    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

|  |                     |                |
|--|---------------------|----------------|
| <b>K. FIRMAS DE SOLICITUD Y AUTORIZACION</b> |                     |                |
| _____<br>Nombre Director Medico              | _____<br>Firma D.M. | _____<br>Fecha |
| _____<br>Nombre Representante Legal          | _____<br>Firma R.L. | _____<br>Fecha |