



**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:**

<b>Nivel actual:</b>	<b>Nivel a cambiar:</b>
----------------------	-------------------------

*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 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