

**SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZON SOCIAL O CAMBIO DE DOMINIO
ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES Y FARMACEUTICOS**

Santiago,.....

OBJETIVO: IDENTIFICAR Y CARACTERIZAR AL ESTABLECIMIENTO O PRESTADOR INSTITUCIONAL

1. Identificación Establecimiento	
Nombre del Establecimiento	
Nombre de Fantasía	
Dirección	
Comuna	
Tipo de Establecimiento	
N° y Fecha de Resolución	
Teléfono	
RUT	
Correo electrónico/e-mail	

2. Propietario/Dueño del Establecimiento	
Nombre	
Cédula de Identidad o RUT	
Domicilio legal	
Teléfono	
Correo electrónico/ e-mail	

3. Representante Legal del Establecimiento	
Nombre	
Cédula de Identidad o RUT	
Domicilio legal	
Teléfono	
Correo electrónico/ e-mail	

OBJETIVO: IDENTIFICAR Y CARACTERIZAR AL PROFESIONAL DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE EN EL ESTABLECIMIENTO

Identificación del Personal	
6. Director del Establecimiento	
Nombre	
Cédula de Identidad o RUT	
Domicilio legal	
Domicilio particular (****)	
Teléfono	
Correo electrónico/ e-mail	
Días de trabajo	
Horario de trabajo	

(****): Sólo en caso de Farmacia

SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA

OBJETIVO: IDENTIFICAR EL MOTIVO DE LA SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL	
7.	Cede en Arrendamiento el establecimiento
8.	Realiza Modificación de Sociedad
9.	Realiza Transferencia
10.	Tramita Sucesión Hereditaria
11.	Establece Constitución de Sociedad
12.	Otra Situación (describir)

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente:

- Los requisitos administrativos y las condiciones establecidos en la legislación vigente, para solicitar Cambio de Razón Social o Cambio de Dominio.
- Que si en la revisión posterior, efectuada por la Autoridad Sanitaria, se verificare que los datos entregados en este documento no son fidedignos, esto será causal suficiente para denegar la presente solicitud.
- El cambio de razón social solo tiene por objeto certificar el nombre del actual responsable de la actividad singularizada y en ningún caso autoriza las eventuales modificaciones o de funcionamiento que se hubieran introducido y que requieren de una nueva autorización.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

DOCUMENTOS A ADJUNTAR A LA SOLICITUD EN ORIGINAL

1. Resolución Sanitaria del Establecimiento
2. Contrato de Arrendamiento
3. Contrato de compra venta del Establecimiento
4. Contrato de compra venta de la propiedad
5. Otros (Posesión Efectiva, Cesión de Derechos, Declaración Jurada, etc.)
6. Declaración del Director Técnico aceptando el cargo, horario a cumplir
7. Título profesional del Director Técnico
8. Listado de Saldos de productos farmacéuticos sometidos a control legal firmados por los dos Directores Técnicos (el que entrega y el que recibe) (****)

(****) Solo en caso de Farmacias