



Chile
en marcha

DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SANITARIA
UNIDAD DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZON SOCIAL

\$ 22.300, Código 2.1.5 Arancel base Año 2021

Cancelar en Banco Estado o Transferencia Electrónica a la
cta. Corriente de La Subsecretaría de Salud Pública Nº
53309174131, Rut: 61.601.000-K

ANTECEDENTES GENERALES PARA EL CAMBIO DE RAZON SOCIAL	
Nombre del Solicitante:	
Rut del Solicitante:	
Fono Contacto del Solicitante:	
Correo Electrónico del Solicitante:	
ANTECEDENTES PARA EL CAMBIO DE RAZON SOCIAL	
Nombre del Establecimiento:	
Dirección del inmueble :	
Comuna:	
Nº Autorización Sanitaria y fecha:	
Nombre del Propietario o Razón Social que solicita el trámite:	
RUT de la Razón Social que solicita el trámite:	
Nombre del Representante legal de la Razón social que solicita el trámite:	
Rut del Representante legal del que solicita el trámite:	

DOCUMENTOS REQUERIDOS (D.S.Nº357/70 Título VI)

1. Copia de la Resolución Sanitaria del Establecimiento.
2. Debe adjuntar **uno** de los siguientes documentos que justifican el cambio de razón social.
 - Fotocopia del Contrato de nueva compraventa del Establecimiento.
 - Fotocopia contrato de arriendo.
 - Fotocopia de la Escritura de cesión de derechos del Establecimiento.
 - Constitución de la Sociedad, que da cuenta del Establecimiento dado en aporte.
 - Auto de posesión efectiva, que da cuenta del Establecimiento heredado.
 - Certificado de traspaso del Establecimiento ante notario, según la naturaleza del cambio que se solicita.
3. Fotocopia del rut de la Empresa o Rut de persona natural, ambos casos fotocopia es simple por ambos lados.
4. Extracto de constitución de la sociedad en donde indica nombre de representante legal.
5. Fotocopia Cédula identidad representante legal
6. Los antecedentes deben presentarse en carpeta.
7. Comprobante pago arancel correspondiente al trámite,(traer COMPROBANTE ORIGINAL DEPÓSITO y si realiza TRANSFERENCIA ELECTRONICA TRAER IMPRESO EL COMPROBANTE QUE INDICA EL NÚMERO DE TRANSACCIÓN)

Versión 001 de 20 de enero de 2021

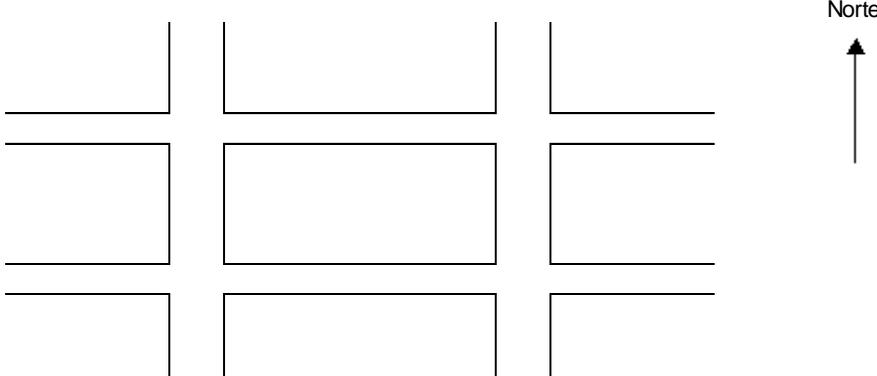
Seremi de Salud Región del Biobío, O'Higgins Nº 241, Concepción

DECLARACION

DECLARO CONOCER Y/O ACEPTAR:

1. Normativa Sanitaria aplicable al establecimiento.
2. Los requisitos establecidos en el Instructivo General.
3. Que si los antecedentes entregados al momento de ingreso de la Solicitud, no corresponden a la realidad, será rechazada.
4. La aprobación posterior sólo será posible reingresando la Solicitud, antecedentes requeridos y cancelación del arancel nuevamente.

IV- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA							
FECHA RECEPCION SOLICITUD:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
FECHA PRIMERA VISITA (PLAZO MAXIMO)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
	ARANCEL: \$ <input type="text"/>						
ESTABLECIMIENTO NUEVO <input type="checkbox"/>							
AMPLIACION <input type="checkbox"/>	TIMBRE DE CAJA:						
CON VISITA <input type="checkbox"/>							
SIN VISITA <input type="checkbox"/>							
APROBADO: <input type="checkbox"/>	RECHAZADO: <input type="checkbox"/>						
	FIRMA DE RECEPCION: _____						
MOTIVO DEL RECHAZO: _____							

PLANO DE UBICACIÓN

ANOTAR CLARAMENTE LAS CALLES PRINCIPALES DE UBICACIÓN EN CASO DE SER ZONA RURAL O DE DIFICIL ACCESO ESPECIFICAR UBICACIÓN _____

NOTA: ESTA SEREMI DE SALUD SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR NUEVOS ANTECEDENTES QUE NO ESTEN INDICADOS EN ESTE INSTRUCTIVO POR ALGUNA MODIFICACIÓN DE LA NORMATIVA VIGENTE O ALGÚN CASO ESPECIAL.

CONCEPCION, _____ DE _____ 2020

Versión 001 de 20 de enero de 2020

Seremi de Salud Región del Biobío, O'Higgins N° 241, Concepción