

## FORMULARIO

### SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD (D.S. N° 16/2007 DEL MINISTERIO DE SALUD, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE 21.02.2009)

Uso Interno Superintendencia de Salud

Oficina donde se presenta esta solicitud  Fecha de solicitud  Número de Ingreso

Nombres	<input type="text"/>	Apellido Paterno	<input type="text"/>	Apellido Materno	<input type="text"/>
N° Cédula de Identidad:	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>	Número de Registro	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>			Comuna	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Región	<input type="text"/>		
Profesión	<input type="text"/>			Correo Electrónico	<input type="text"/>

#### Lugar(es) o establecimiento(s) en que habitual y predominantemente ejerce sus funciones (señalar al menos uno)

Nombre lugar o establecimiento 1:	<input type="text"/>	Dirección	<input type="text"/>		
Comuna	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>		
Nombre lugar o establecimiento 2:	<input type="text"/>	Dirección	<input type="text"/>		
Comuna	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>		

#### Antecedentes del Registro que desea modificar

Mención que desea modificar (1) :	<input type="text"/>	Mención que desea modificar (2) :	<input type="text"/>
Dice	<input type="text"/>	Dice	<input type="text"/>
Debe decir:	<input type="text"/>	Debe decir:	<input type="text"/>
Motivo de la Solicitud	<input type="text"/>	Motivo de la Solicitud	<input type="text"/>
Mención que desea modificar (3) :	<input type="text"/>	Mención que desea modificar (4) :	<input type="text"/>
Dice	<input type="text"/>	Dice	<input type="text"/>
Debe decir:	<input type="text"/>	Debe decir:	<input type="text"/>
Motivo de la Solicitud	<input type="text"/>	Motivo de la Solicitud	<input type="text"/>
Mención que desea modificar (5) :	<input type="text"/>	Mención que desea modificar (6) :	<input type="text"/>
Dice	<input type="text"/>	Dice	<input type="text"/>
Debe decir:	<input type="text"/>	Debe decir:	<input type="text"/>
Motivo de la Solicitud	<input type="text"/>	Motivo de la Solicitud	<input type="text"/>

## AUTORIZACIÓN A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Si  No

Autorizo a la Superintendencia de Salud para que solicite la información y/o los documentos que sean necesarios para acreditar ante dicha Superintendencia los fundamentos de la presente solicitud, si así lo estimare.

FIRMA SOLICITANTE O APODERADO

(cuando la solicitud es presentada en oficinas de la Superintendencia)

## DATOS DEL APODERADO(A) QUE PRESENTA LA SOLICITUD

(cuando corresponda)

Nombres	<input type="text"/>	Apellido Paterno	<input type="text"/>	Apellido Materno	<input type="text"/>
N° Cédula de Identidad:	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	Comuna	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>	Región	<input type="text"/>	Correo Electrónico	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>				
Telefono	<input type="text"/>				

Acompaña original o copia autorizada del Mandato o Poder (cuando corresponda)

Si

No

Formulario Modificación