

Modelo para Solicitar Cambio de Razón Social

Señor Presidente del Consejo Superior de Salud Pública:

Yo, _____, mayor de edad, profesión u oficio _____, actuando en calidad de Apoderado de la Sociedad _____, (Denominación exacta de la Sociedad incluyendo sus abreviaturas) del domicilio de _____, con Número de Identificación Tributaria _____, propietaria del establecimiento denominado _____, situado en _____ Inscrito al número _____, a Usted atentamente

MANIFIESTO:

Que tal como consta en la Escritura Pública de Modificación del Pacto Social, mi representada ha cambiado su razón social de (nombre anterior de la Sociedad) a (nombre actual de la Sociedad) la cual presento en original y fotocopia para que se confronten, se agregue ésta y se me devuelva aquella.

A Usted atentamente solicito: autorización para el cambio de Razón Social antes mencionado.

Señalo para oír notificaciones en (Dirección y número de Teléfono) y autorizo a _____ para recibir documentos.

San Salvador, _____ de _____ del dos mil.

F. _____

NOTA:

1. La solicitud deberá formularse en papel simple.
2. La solicitud deberá ser presentada por el Apoderado o por Representante Legal de la misma o en su caso, con firma autenticada por notario.

AGREGAR A LA SOLICITUD:

3. Original y copia del Poder o Credencial del Representante Legal.
4. Copia del recibo de pago de ANUALIDAD del establecimiento.
5. Copia del recibo de pago de ANUALIDAD del REGENTE.
6. Original y copia de Escritura Pública de Modificación de la Razón Social, o copia certificada por Notario.
7. Cancelar derechos de Cambio de Razón Social. (\$5.71)

NO SE RECIBIRAN SOLICITUDES ELABORADAS O LLENAS A MANO



CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PUBLICA

UNIDAD DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

**AUTORIZACION PARA REALIZAR NOTIFICACION
ELECTRONICA DE ACTOS ADMINISTRATIVOS**

(Art. 333 CS Y 170, 178 CPCM)

Yo _____,
Mayor de edad, (Profesión) _____, con Documento Único de Identidad
Número: _____, actuando en calidad de
_____;

(Personal, Apoderado, Representante Legal, mencione nombre de la sociedad.)

Establecimiento de Salud denominado: _____

el cual se encuentra en:

-Proceso de apertura

-Inscrito ante el Consejo Superior de Salud Pública con el número: _____,
ubicado en la siguiente dirección: _____ de la ciudad
de _____, Departamento de: _____

Por este medio **AUTORIZO** al Consejo Superior de Salud Pública, de conformidad a los Arts. 333 del Código de Salud, 170 y 178 del Código Procesal Civil y Mercantil, para que todo acto administrativo que tenga que ver con el proceso de inscripción del referido establecimiento, o procesos post registro, me sea notificado por medio del siguiente Correo Electrónico: _____, el cual una vez enviado me daré por notificado, siendo de mi responsabilidad, el cumplimiento de cualquier prevención.

Así mismo me comprometo a comunicar cualquier modificación sobre el referido medio técnico de comunicación.

En la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 2018.

Firma