

# Formulario único de modificación de condiciones de operación de servicios de Taxis Colectivos Urbanos



GOBIERNO DE  
**CHILE**

Subsecretaría  
de Transportes

FECHA SOLICITUD

Nº DE FOLIO:

Nº DE LÍNEA:

## RESPONSABLE

Razón Social

RUT

Dirección

Comuna

Teléfono

Fax

E-mail

### Datos Representante Legal (1)

Nombre completo

RUT :

Dirección

Comuna

Teléfono

Fax

E-mail

Nombre y Firma

### Datos Representante Legal (2)

Nombre completo

RUT :

Dirección

Comuna

Teléfono

Fax

E-mail

Nombre y Firma

### Datos Representante Legal (3)

Nombre completo

RUT :

Dirección

Comuna

Teléfono

Fax

E-mail

Nombre y Firma

## TRÁMITES (El detalle de la solicitud de especifica al Reverso)

- SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE RECORRIDO O TRAZADO
- SOLICITUD DE VÍA ALTERNATIVA
- SOLICITUD DE BUCLE (OPTIMIZACIÓN DE UN TRAMO DEL RECORRIDO O TRAZADO)
- SOLICITUD DE CUADRANTE O PERÍMETRO FLEXIBLE EN EL EXTREMO DEL RECORRIDO O TRAZADO

