

ORD. 3G/N° _____

ANT.: SOLICITUD MODIFICACIÓN CONVENIO N° 14.354

MAT.: COMUNICA RESOLUCIÓN
_____ /DE: SOLEDAD MENA NORIEGA
JEFE DEPTO. COMERCIALIZACIONA : D. GABRIELA ARELLANO D'ORIVAL

Con relación a la actualización de antecedentes relativos al Convenio suscrito con el Rol de Prestadores de la Modalidad Libre Elección del Fondo Nacional de Salud, comunico a Ud. que según el informe con la visación técnica sanitaria N° 245, del 12/02/14, de Fiscalizador del Depto. de Control y Calidad de Prestaciones; para Profesional Individual de Salud PSICOLOGO, en Atención Abierta, sin equipos. Confirma el cumplimiento de los requisitos para actualizar las siguientes direcciones:

DIRECCIÓN	TIPO DIRECCIÓN	FONO	SITUACIÓN
_____	DOMICILIO	_____	ACTUALIZAR
_____	ATENCIÓN	_____	ACTUALIZAR

Los cambios autorizados serán registrados en nuestra Base de Datos y se considerarán vigentes a contar de esta fecha.

Saluda atentamente a Ud.



SOLEDAD MENA NORIEGA
JEFE DEPARTAMENTO DE COMERCIALIZACION
FONDO NACIONAL DE SALUD

PMS
PAG/RCP
DISTRIBUCIÓN:

- D. GABRIELA ARELLANO D'ORIVAL
- _____
- Departamento de Comercialización
- Depto. Control y calidad de prestaciones
- Expediente de Convenio del prestador
- Oficina de Partes(Afecta Art. 7, letra G, Ley 20.285)

ING. N° 14.354 / 2014
