



Subdepartamento de Control y Calidad de Prestaciones

ACA/sfl



001515

RES. EXENTA 8.A.3/Nº _____

MAT.: MODIFICA DOMICILIO DE ATENCION DEL
CONVENIO EN ROL MLE DE MARIA PILAR
SANDOVAL LEAL, RUT:

TEMUCO, 21 AGO. 2015

VISTO: Lo establecido en los Libros I y II del D.F.L. Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo Nº 369, de 1985, del Ministerio de Salud; la Resolución 3A Nº 1455, del 29/05/2002 y sus modificaciones; Resolución Exenta 4A/Nº112 del 12/01/2015; Resolución Exenta 2H/Nº1937 DEL 6/04/2011; Resolución Exenta 3.2D/°2308 del 13/10/2014; Resolución Exenta 3.3D/Nº148 del 20/01/2011; Resolución Exenta 4A/Nº2990 del 5/09/2014; Resolución Exenta 1F/Nº7137 del 2009; Resolución Exenta 1C/Nº4248 del 22/07/2011; Resolución Exenta 1A/Nº2484 del 3/05/2011, todas del Fondo Nacional de Salud; la Resolución Exenta Nº 1600 del 2008, de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 143º del D.F.L. Nº1, de 2005, de Salud, el Fondo Nacional de Salud, autorizó con fecha **01/03/2003** con el Folio Nº **51084**, el convenio y la inscripción en el Rol de Prestadores en la Modalidad de Libre Elección, de la prestadora **María Pilar Sandoval Leal**, RUT
2. Que, la prestadora presentó solicitud Nº **24653** de fecha **07/08/2015** para solicitar cambio de domicilio particular y de atención al convenio inicialmente autorizado;
3. Que, de los antecedentes de respaldo para la solicitud presentados por el prestador y del Informe Técnico de Visación de Convenio, según Folio Nº **24653** del **18 de agosto de 2015**, se confirma el cumplimiento de los requisitos administrativos, técnicos y jurídicos, por lo que dicto la siguiente:

DIRECCIÓN ZONAL SUR

Manuel Montt Nº 669 Piso 4, Temuco

www.fonasa.cl



RESOLUCIÓN:

I. Apruébese la actualización de su dirección de atención, del convenio de inscripción de María Pilar Sandoval Leal, RUT 08.934.166-3; como sigue:

Dirección Principal:

Teléfono:

Dirección de atención:

Teléfono:

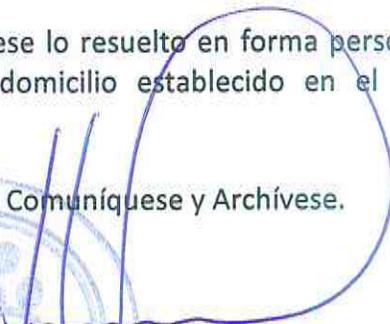
II. Elimínese de su convenio las siguientes direcciones de atención, a petición de la prestadora:

Direcciones a eliminar:

III. Actívese el registro de la actualización del Convenio a partir de la fecha de la presente resolución, la que se anexará al convenio de la prestadora.

IV. Notifíquese lo resuelto en forma personal, o por carta certificada dirigida a la prestadora, al domicilio establecido en el respectivo convenio.

Anótese, Comuníquese y Archívese.


BERNARDO VILLABLANCA LLANOS
DIRECTOR ZONAL SUR
FONDO NACIONAL DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- María Pilar Sandoval Leal.
- Expediente de Convenio del Prestador
- Oficina de Partes (Afecta Art.7º Letra g, Ley 20.285/2008)

INGR.