



MM/Imh



RESOLUCIÓN EXENTA 8A/N° 000527  
MAT: Autoriza devolución de BAS extraviado  
TEMUCO,

08 ABR. 2015

**VISTO:** Lo establecido en el DFL N°1 del 2005, D.S. N°369 de 1985, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta 3A/N°1455 de 29-05-2002 y sus modificaciones, Resolución Exenta 4A/N°112 del 12-01-2015; Resolución Exenta.2H/N°1937 del 06-04-2011; Resolución Exenta 3.2D/N°2308 de 13-10-2014, Res.Exta 3.3D/N°148 20-01-2011; Resolución Exenta 4A/N°2468 de 29-07-2014; todas del Fondo Nacional de Salud; Resolución Exenta N°1600/2008, de la Contraloría General de República.

**CONSIDERANDO:**

1. La solicitud de devolución del BAS a nombre de Tamara Petre Saavedra, Rut \_\_\_\_\_ el cual fue declarado como extraviado y por tanto no puede solicitar la devolución con el original del BAS, según lo establecido en las Normas Técnico Administrativas del Arancel de prestaciones.
2. La búsqueda efectuada por el Súper Usuario de la Dirección Zonal Sur, certifica que el Bas N° **322573830** no se encuentran pagados ni devueltos
3. Las facultades delegadas en el suscrito en estas materias,

**RESUELVO:**

1. Autorizar a Sucursal Valdivia devolución del copago de BAS N°**322573830** asegurada, Tamara Petre Saavedra, Rut. \_\_\_\_\_ por la suma de \$5.080.- (cinco mil ochenta pesos)
2. La solicitud de devolución del BAS extraviado y el histórico de prestaciones del Súper Usuario de la Dirección Zonal Sur, forman parte de la presente Resolución.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE



**BERNARDO VILLABLANCA LLANOS**  
DIRECTOR ZONAL SUR  
FONDO NACIONAL DE SALUD

**Distribución:**

Centro Gestión de los Ríos  
Subdepto. Operaciones DZS  
Oficina de Partes Dirección Zonal Sur (Afecta al Art. 7° letra g, Ley N° 20.285/2008).

Efectivos

### Solicitud de Devolución de BAS

#### SOLICITUD DE DEVOLUCION DE BAS DECLARACION JURADA

AFILIADO (Nombres y apellidos)		RUN Nº
TAMARA LISSETE PETRE SAAVEDRA		
ASEGURADO (Nombres y apellidos)		RUN Nº
TAMARA LISSETE PETRE SAAVEDRA		
DOMICILIO	TELEFONO	
SUCURSAL EMISORA DEL BAS	CODIGO SUCURSAL	
Suc. Valdivia		
Nº PROGRAMA	Nº PRESTAMO	FECHA DE EMISION
		30.01.15
BAS EXTRAVIADOS		
322573830		

\$5080

Por el presente instrumento vengo a informar que el, o los documentos mencionados anteriormente fueron (robados, extraviados, Etc. Indicar la condición), y tampoco han sido utilizados como medios de pagos a prestadores, o devueltos en alguna sucursal de FONASA.

Por tanto con fecha (Indicar la fecha), doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$ (indicar monto), de la misma forma declaro conocer que la utilización indebida o fraudulenta de la gestión de devolución de el o los bonos, será sancionada de acuerdo a lo establecido en el Código Penal

*Tamara*

FIRMA AFILIADO

Autorizo a Don/a	RUN Nº
Tamara Petre Saavedra	
Para gestionar y/o retirar el dinero por el o los BAS mencionados anteriormente	

USO EXCLUSIVO JEFE(A) O ENCARGADO DE SUCURSAL			
Fecha de solicitud	Sucursal receptora	Jefe(a) de sucursal	RUN Nº
18-02-2015	VALDIVIA	ALVARO MARQUELLO	

DIRECCION ZONAL SUR-FONASA  
OFICINA DE PARTES

Nº 1794

FECHA DE RECEPCION 25 FEB. 2015

FECHA DE INGRESO 25 FEB 2015

DESTINADO A C. sanitaria