



M/M/lmh



1000528

RESOLUCIÓN EXENTA 8A/Nº _____/
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 Abundia Fernandez Gómez, 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° **321884446** 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°**321884446** asegurada, Abundia Fernandez Gómez, 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).

DIRECCIÓN ZONAL SUR

Manuel Montt N° 669 Piso 4, Temuco
www.fonasa.cl

Solicitud de Devolución de BAS

SOLICITUD DE DEVOLUCION DE BAS DECLARACION JURADA

AFILIADO (Nombres y apellidos) **RUN Nº**
 [Alfredo del Carmen Servianky Gonz] []

ASEGURADO (Nombres y apellidos) **RUN Nº**
 [Alfredo del Carmen Servianky Gonz] []

DOMICILIO **TELEFONO**
 [] []

SUCURSAL EMISORA DEL BAS **CODIGO SUCURSAL**
 [Suc. Urcubete] [1000085]

Nº PROGRAMA **Nº PRESTAMO** **FECHA DE EMISION**
 [] [] [06/01/2015]

BAS EXTRAVIADOS

<u>321884446 # 5080</u>	<u>BF</u>			

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 utilizado 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

FIRMA AFILIADO

[Firma manuscrita]

Autorizo a Don/a

RUN Nº

[] []

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	de	Sucursal receptora	Jefe(a) de sucursal	RUN Nº
<u>15-02-2015</u>		<u>VALIDA DIRECCION ZONA SUR FONASA 2</u>		

OFICINA DE PARTES

Nº _____

FECHA DE RECEPCION 26 MAR. 2015

FECHA DE INGRESO 26 MAR. 2015

DESTINADO A G. TORRES TORRES