



MVM/lmh



000529

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.

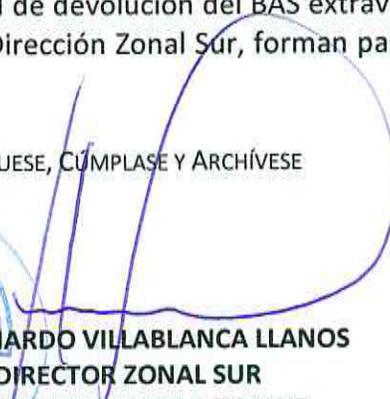
CONSIDERANDO:

1. La solicitud de devolución del BAS a nombre de Julio Ojeda Paredes, 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° 323100164 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°323100164 asegurado, Julio Cesar Ojeda Paredes, Rut. _____ por la suma de \$5.550.- (cinco mil quinientos cincuenta 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).

Solicitud de Devolución de BAS

SOLICITUD DE DEVOLUCION DE BAS DECLARACION JURADA

AFILIADO (Nombres y apellidos)		RUN Nº
Julio Cesar Ojeda Paredes		[]
ASEGURADO (Nombres y apellidos)		RUN Nº
Julio Cesar Ojeda Paredes		[]
DOMICILIO	TELEFONO	
[]	[]	
SUCURSAL EMISORA DEL BAS		CODIGO SUCURSAL
SUC. VALDIVIA		[]
Nº PROGRAMA	Nº PRESTAMO	FECHA DE EMISION
[]	[]	[]
BAS EXTRAVIADOS		
323100164	\$ 5550.-	[]
[]	[]	[]

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



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
24-02-2015	[]	VALDIVIA	ALVARO MARTINEZ	[]

DIRECCION ZONAL SUR-FONASA
OFICINA DE PARTES

Nº 1849

FECHA DE RECEPCION 27 FEB. 2015

FECHA DE INGRESO 27 FEB. 2015

DESTINADO A G. territorial