



PROFESIONALES O ENTIDADES FORMULARIO "SOLICITUD REVISIÓN BONOS RECHAZADOS"



FECHA	FOLIO / N° CORRELATIVO	DIRECCIÓN ZONAL

A.- DATOS IDENTIFICACIÓN

RUT PROFESIONAL O ENTIDAD SOLICITANTE		
FONO CONSULTA	CORREO ELECTRÓNICO	LUGAR DONDE REALIZÓ ATENCIÓN

B.- MOTIVO RECHAZO DE BONOS

B1.- TÉCNICAS

<input type="checkbox"/> BONO NOMINATIVO A OTRO PRESTADOR
<input type="checkbox"/> PRESTACIÓN NO CORRESPONDE A LA OTORGADA
<input type="checkbox"/> NO CUMPLE NORMA DE VIGENCIA

B2.- ADMINISTRATIVAS

<input type="checkbox"/> NO CUMPLE VIGENCIA SEGÚN NORMATIVO TÉCNICO-ADMINISTRATIVA
<input type="checkbox"/> BONO CAMPOS INCOMPLETOS, ENMENDADO, DESTRUIDO PARCIALMENTE, FIRMA EN FACSIMIL
<input type="checkbox"/> PRESTADOR CAMBIÓ RUT
<input type="checkbox"/> NIVEL NO CORRESPONDE AL REGISTRO DEL CONVENIO
<input type="checkbox"/> BONO SIN TIMBRE DE CAJA

B3.- LEGAL

<input type="checkbox"/> TÉRMINO DEL CONVENIO MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN CON BONOS EMITIDOS ANTES DEL CIERRE DEL CONTRATO
<input type="checkbox"/> COBRO DE ROBO SIN ORIGINAL, DEBIDO A PÉRDIDA O ROBO
<input type="checkbox"/> COBRO BONO POR SUCESIÓN DEL INSCRITO EN CONVENIO

C.- DETALLES DE BONOS

N° DE SOBRE	N° DE BONOS	MONTO

DETALLE DE FOLIO DE BONOS

D.- FIRMAS DE SOLICITUD

FIRMA DEL PROFESIONAL O REPRESENTANTE LEGAL: _____

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN

FOLIO / N° CORRELATIVO	DIRECCIÓN ZONAL

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO

FECHA