La Paz…….de……de 2026

Sr. Sof. 2do. DEPSS. Franklin Luis Quispe Yujra
JEFE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA FINANCIERA - H.M.C. "COSSMIL
Presente. -

Señor Suboficial:

Tengo a bien dirigirme a Usted, a objeto de **SOLICITAR LA DEVOLUCION DE GASTOS POR COMPRA DE MEDICAMENTOS SIN STOCK EN FARMACIA H.M.C.** según detalle:

Nombre del paciente:……..……..

Monto total en **Bs**…….…….. **N° de Factura**: ……..…..……

Para este fin adjunto documentación requerida:

1. Factura Original sellada por Serv. Médicos
2. Receta emita en COSSMIL original con sello SIN STOCK de Farmacia y sellada por Jefatura de Servicios Médicos (Dirección Médica).
3. Fotocopia de la Factura
4. Fotocopia de carnet de Identidad del paciente (vigente)
5. Fotocopia de carnet de asegurado de COSSMIL del paciente **biometrizado y vigente**
6. Cuenta del Banco Unión (Extracto Bancario, Comprobante de depósito, o Captura impresa de UNINET)

1. COBROS EXCEPCIONALES: PARA LA DEVOLUCION A TERCERAS PERSONAS (ESPOSA (O), HIJA(O), PADRE O MADRE DEL MENOR DE EDAD LLENE Y ADJUNTE:

- Fotocopia de Carnet de identidad
- Fotocopia de carnet de asegurado de COSSMIL, de no contar con el seguro, adjuntar certificado de matrimonio para esposo (a) y/o certificado de nacimiento del hijo (a) o del paciente menor de edad.
- Cuenta del Banco Unión (Extracto Bancario, Comprobante de depósito, o Captura impresa de UNINET)

DECLARACIÓN JURADA PARA DEVOLUCION A PARIENTES DEL PACIENTE

Yo ……. con C.I. N° ……..…….. en calidad de .....…… **DECLARO** ser la persona que erogo los gastos médicos solicitados, deslindando de toda responsabilidad administrativa y legal al HMC-COSSMIL que pudiera surgir posteriormente.

2. PARA DEVOLUCION A TRAVÉS DE DEPÓSITO BANCARIO SOLO A BANCO UNION LLENE AQUÍ:

Yo …… en calidad de ……. **AUTORIZO** a la U.A.F. del H.M.C. la devolución del gasto a través de depósito bancario al Banco Unión según Extracto Bancario, Comprobante de depósito, o UNINET adjunto.

…….
FIRMA DEL PACIENTE/ SOLICITANTE

Nombre del solicitante…… ……

Cel. ……..……..Otro Telf. De Referencia :…..……..……..……