



**FONASA NORTE  
DIRECCION ZONAL NORTE**



**RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 3510/2017**

**MAT.:** Autoriza devolución de copago por extravío de B.A.S.  
**ANTOFAGASTA, 01/12/2017**

**VISTOS:**

Lo dispuesto en el Libro I del D.F.L. N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud; Res.Exta. 4A/N° 35 de 2016; las facultades que me confiere la Res.Exta. 4A/N° 2831/10.07.2017; 2.1F/N° 2471 de 1997; 3.1E/N° 4635 de 2014, 5A.1.1/N° 64 de 2016 modificada por 2.1D/N° 519 de 2016, todas del Fondo Nacional de Salud; y lo señalado en Resolución N° 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República.

**CONSIDERANDO:**

1. La solicitud presentada por Doña **Margarita Beach Olivares**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **349891936**, ascendente a la suma de \$5.590.- (Cinco mil quinientos noventa pesos),
2. La declaración jurada efectuada por la solicitante en relación al extravío del original del BAS ya singularizado, dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

1. Autorízase la devolución de la suma de **\$5.590.-**, correspondiente al co-pago efectuado por la requirente ya individualizada por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Arica-Parinacota devolverá a la beneficiaria ya individualizada, la suma antes indicada por concepto de co-pago.

Anótese, comuníquese y archívese

**"Por orden de la Sra. Directora"**

**MARCOS BASTIAS MERINO  
DIRECTOR(A) ZONAL SUBROGANTE  
FONDO NACIONAL DE SALUD**

MBM / jtr

**DISTRIBUCIÓN:**

OFICINA DE PARTES (AFECTA AL ART. 7° LETRA G) LEY N° 20.285/2008)  
CENTRO DE GEST. REGIONAL ARICA Y PARINACOTA  
SUBDPTO. DE GEST. TERRITORIAL  
SECCION OFICINA DE PARTES  
DIRECCION ZONAL NORTE





SOLICITUD DE DEVOLUCION DE BAS  
DECLARACION JURADA

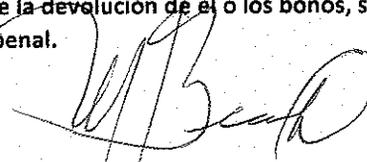
AFILIADO (Nombres y Apellidos)	RUN N°	
MARGARITA BEACH OLIVARES	5.473.348-8	
ASEGURADO: (Nombres y Apellidos)	RUN N°	
MARGARITA BEACH OLIVARES	5.473.348-8	
DOMICILIO:	TELEFONO:	
RAUL DEL CANTO N° 868	991452983	
SUCURSAL EMISORA DEL BAS	.CODIGO SUCURSAL	
CGR Arica	011004-3	
N° PROGRAMA	N° PRESTAMO	FECHA EMISION
		26-10-2017

BAS EXTRAVIADO

349891936			

Por el presente instrumento vengo a informar que el, o los documentos mencionados anteriormente fueron extraviados, y tampoco han sido utilizados como medios de pago a prestadores, o devueltos en alguna sucursal de FONASA.

Por tanto con fecha 28/11/17 doy aviso y solicito se me devuelva el monto del copago que asciende a la suma de \$ 5500 - de la misma forma declaro conocer que la utilización indebida o fraudulenta de la gestión de la devolución de el o los bonos, será sancionada de acuerdo a lo establecido en el código penal.

  
FIRMA

AUTORIZO A DON/A:	RUN N°:

Para gestionar y/o retirar el dinero por el o los BAS mencionados anteriormente.

USO EXCLUSIVO JEFE(A) O ENCARGADO DE SUCURSAL

Fecha solicitud	Sucursal Receptora	Jefe Sucursal	RUN N°:
28-11-2017	CGR Arica	Tanya Ortega	16.771.780-2



**FONDO NACIONAL DE SALUD  
BONO DE ATENCION DE SALUD**

N° : 349891936  
\*\*\* COPIA \*\*\*

FECHA EMISION : 26/10/2017	RUT AFILIADO : 5473348-8
RUT BENEFICIARIO : 5473348-8	NOMBRE BENEFICIARIO : MARGARITA VIRGINIA BEACH OLIVARES
DIRECCION :	GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 75	SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101318	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	3	N	0	1	13.980	8.390	0	5.590

FORMA DE PAGO	<b>TOTALES</b>	<b>13.980</b>	<b>8.390</b>	<b>0</b>	<b>5.590</b>
EFFECTIVO	5.590				

PROFESIONAL/INSTITUCION : 77492500-7 SOC. VICTOR VERA Y CIA. LTDA.	NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE :	FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :	



\_\_\_\_\_  
FIRMA BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 15693362-7      SUCURSAL : 0110043      HORA EMISION : 12:35:47

N° : 349891936  
\*\*\* COPIA \*\*\*

CÉDULA DE  
IDENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION



APELLIDOS

BEACH  
OLIVARES

NOMBRES

MARGARITA VIRGINIA

NACIONALIDAD

CHILENA

SEXO

F

FECHA DE NACIMIENTO

18 JUL 1942

IDENTIFICACION

110-543-071

5.473.348-8

FECHA DE EMISION

21 DIC 2016

FECHA DE VENCIMIENTO

18 JUL 2022

FIRMA DEL TITULAR

*M. Beach*

RUN 5.473.348-8

**DETALLE DE BAS**

**FOLIO BAS : 349891936**

**TIPO EMISION : Venta Directa**

**I. DATOS DE LA VENTA**

**AFILIADO** : 0005473348-8      MARGARITA VIRGINIA BEACH OLIVARES  
**BENEFICIARIO** : 0005473348-8      BEACH OLIVARES MARGARITA VIRGINIA  
**PRESTADOR** :  
**INSTITUCION** : 0077492500-7      SOC. VICTOR VERA Y CIA. LTDA.  
**CODIGO SUCURSAL** : 0110043      **FECHA EMISION** : 26-10-2017      **ESTADO**: Emitido  
**RUT CAJERO** : 0015693362-7      **NIVEL** : 3  
**FOLIO PAS** : 0      **N° PRESTAMO** :  
**FORMA PAGO** : EFECTIVO

**II. DATOS DE LA DEVOLUCION**

**CODIGO SUCURSAL** :      **FECHA** :  
**RUT CAJERO** :      **MONTO EFECTIVO** :      **MONTO PRESTAMO**:  
**RUT TRAMITADOR** :      **NOM. TRAMITADOR** :

**III. DATOS DEL PAGO**

**ESTADO** :  
**FECHA PAGO** :  
**N° SOBRE** : 0      **N° CAJA** : 0      **FECHA COMPRA**  
**RUT COMPRADOR**      **NOM. COMPRADOR**

**IV. DETALLE**

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0101318	1	N	0	5.590	13.980

PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
<b>TOTALES</b> 1	<b>5.590</b>	<b>13.980</b>

FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 349891936 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 5473348-8	BEACH OLIVARES MARGARITA VIRGINIA			
BENEFICIARIO	: 5473348-8	BEACH OLIVARES MARGARITA VIRGINIA			
PRESTADOR	:				
INSTITUCION	: 77482500-7	SOC. VICTOR VERA Y CIA. LTDA.			
CODIGO SUCURSAL	: 0110043	FECHA EMISION	: 28-10-2017	ESTADO	: Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 15693362-7	NIVEL	: 3		
FOLIO PAS	: 0	N° PRESTAMO	:		
FORMA PAGO	: EFECTIVO				

DATOS DE LA DEVOLUCION

CODIGO SUCURSAL	:	FECHA DEVOLUCION	:		
RUT CAJERO	:	MONTO EFECTIVO	:	MONTO	:
RUT TRAMITADOR	:	NOM. TRAMITADOR	:	PRESTAMO	:

DATOS DEL PAGO

ESTADO	:	FECHA PAGO	:		
N° SOBRE	: 0	N° CAJA	: 0		
FECHA COMPRA	: 28/10/2017 15:33	NRO AUDITORIA	: BONO-P2CY-5BKS-L7CX		
RUT COMPRADOR	: 5473348-8	COMPRADOR	: MARGARITA VIRGINIA BEACH OLIVARES		

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO	RECARGO	VALOR	VALOR
PRESTACION	CANTIDAD	HORA	ITEM
		COPAGO	TOTAL
0101318	1	N	0
		5.590	13.980
<b>TOTALES</b>			<b>1</b>
			<b>5.590</b>
			<b>13.980</b>