



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 3511/2017

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 **Carla Valenzuela Albailay**, C.I. N° [REDACTED], para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **349753496**, 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"

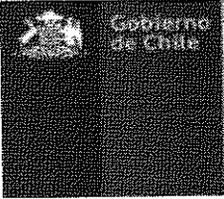
**MARCOS BASTIAS MERINO
DIRECTOR(A) ZONAL SUBROGANTE
FONDO NACIONAL DE SALUD**

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°
Catalina Melilla Valenzuela		13.864.847-8
ASEGURADO: (Nombres y Apellidos)		RUN N°
Catalina Melilla Valenzuela		25.882.611-6
DOMICILIO:		TELEFONO:
Los Pinones # 2105		971919482
SUCURSAL EMISORA DEL BAS		.CODIGO SUCURSAL
0102523		
N° PROGRAMA	N° PRESTAMO	FECHA EMISION
		23-10-2019

BAS EXTRAVIADO			
349753496			

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

Por tanto con fecha 28/11/19 doy aviso y solicito se me devuelva el monto del copago que asciende a la suma de \$ 5590 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°:
28-11-2019	11004-3	Campa (Stigo)	16741780-2

REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN
CEDULA DE IDENTIDAD

APELLIDOS
VALENZUELA
ALBALLAY

NOMBRES
CARLA ANDREA

SEXO F **PAIS DE NACIONALIDAD** CHILE

FECHA DE NACIMIENTO
23 NOV 1990

FECHA DE EMISION
28 NOV 2010

FECHA DE VENCIMIENTO
23 NOV 2020

RUN 13.864.847-8

FIRMA DEL TITULAR
Carla





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

N° : 349753496
*** COPIA ***

FECHA EMISION : 23/10/2017	RUT AFILIADO : 13864847-8
RUT BENEFICIARIO : 25882611-6	NOMBRE BENEFICIARIO : CATALINA IGNACIA MELLA VALENZUELA
DIRECCION : LOS PINONES 2105	GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 0	SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101309	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	3	N	0	1	13.980	8.390	0	5.590

FORMA DE PAGO	TOTALES				13.980	8.390	0	5.590
EFFECTIVO	5.590							

PROFESIONAL/INSTITUCION : 76925530-3 SERV. PEDIATRICOS JAIME TOBAR Y CIA. LTD NIVEL : 3
 MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
 MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 15974863-4 SUCURSAL : 0162523 HORA EMISION : 14:36:31

N° : 349753496
*** COPIA ***

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 349753496

TIPO EMISION : Venta Directa

I. DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 0013864847-8 **CARLA ANDREA VALENZUELA ALBALLAY**
BENEFICIARIO : 0025882611-6 **MELLA VALENZUELA CATALINA IGNACIA**
PRESTADOR :
INSTITUCION : 0076925530-3 **SERV. PEDIATRICOS JAIME TOBAR Y CIA. LTD**
CODIGO SUCURSAL : 0162523 **FECHA EMISION** : 23-10-2017 **ESTADO**: Emitido
RUT CAJERO : 0015974863-4 **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
0101309	1	N	0	5.590	13.980

PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
TOTALES	5.590	13.980

FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 349753496 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 13864847-8	VALENZUELA ALBALLAY CARLA ANDREA
BENEFICIARIO	: 25882611-6	MELLA VALENZUELA CATALINA IGNACIA
PRESTADOR	:	
INSTITUCION	: 76925530-3	SERV. PEDIATRICOS JAIME TOBAR Y CIA. LTD
CODIGO SUCURSAL	: 0162523	FECHA EMISION : 23-10-2017 ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 15974883-4	NIVEL : 3
FOLIO PAS	: 0	N° PRESTAMO :
FORMA PAGO	: EFECTIVO	

DATOS DE LA DEVOLUCION

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

DATOS DEL PAGO

ESTADO	:	FECHA PAGO	:
N° SOBRE	: 0	N° CAJA	: 0
FECHA COMPRA	: 23/10/2017 12:01	NRO AUDITORIA	: BONO-P2CX-V22W-D4ST
RUT COMPRADOR	: 15002189-8	COMPRADOR	: JUAN GUILLERMO MELLA MORTON

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO	RECARGO	VALOR	VALOR
PRESTACION	CANTIDAD	HORA	ITEM
		COPAGO	TOTAL
0101309	1	N	0
		5.590	13.980
TOTALES		1	5.590
			13.980