



**FONASA NORTE  
DIRECCION ZONAL NORTE**

**RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 3529/2017**

**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, 2.1D/N° 119 de 2015, 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 Celinda García Mamani, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **348169149**, ascendente a la suma de **\$12.510.-** (Doce mil quinientos diez pesos),
2. La declaración jurada efectuada por la solicitante en relación al extravío del original del BAS ya singularizado,
3. Cancelación del Bas con Tarjeta de Crédito terminada en 9063, dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

1. Autorícese a la Sucursal Alto Hospicio, para que realice las acciones con la empresa **Transbank** para la anulación de la transacción del copago que se detalla, a Doña **Celinda García Mamani**, C.I. N° [REDACTED]

Anótese, comuníquese y archívese

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

**MERCEDES ALVAREZ SEGOVIA  
DIRECTOR(A) ZONAL  
FONDO NACIONAL DE SALUD**

MAS / jtr

**DISTRIBUCIÓN:**

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

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2 y 3 de la Ley 19.799. Validar número de documento en [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)





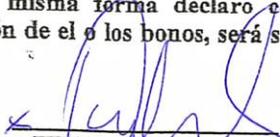
**ANEXO N° 6**  
**"Solicitud de devolución de BAS"**  
**Declaración Jurada**

<b>AFILIADO (Nombres y apellidos)</b>	<b>RUN N°</b>
<u>Celinda Juana GARCIA Domani</u>	<u>12.574.630-6</u>
<b>BENEFICIARIO (Nombres y apellidos)</b>	<b>RUN N°</b>
<u>Franco Antonio Masera GARCIA</u>	<u>20.250.891-K</u>
<b>DOMICILIO</b>	<b>TELEFONO</b>
<u>Las Promas #2660 Etna 30</u>	<u>76602552</u>
<b>SUCURSAL EMISORA DEL BAS</b>	<b>CODIGO SUCURSAL</b>
<u>Atto Hospicio</u>	<u>011006-K</u>
<b>N° PROGRAMA</b>	<b>N° PRESTAMO</b>
<u>/</u>	<u>/</u>
	<b>FECHA DE EMISION</b>
	<u>23/09/2017</u>

BAS EXTRAVIADOS				
<u>348169149</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>
<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>

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

Por tanto con fecha... 30/11/2017..., doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$... 12.510....., 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**

<b>Autorizo a Don/a</b>	<b>RUN N°</b>
<u>/</u>	<u>/</u>

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

**USO EXCLUSIVO JEFE O ENCARGADO DE SUCURSAL**

Fecha de solicitud	Sucursal receptora	Jefe de sucursal	RUN N°
<u>30/11/2017</u>	<u>Atto Hospicio</u>	<u>Erica Lora Castro</u>	<u>12836602</u>





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

N° : 348169149  
\*\*\* COPIA \*\*\*

FECHA EMISION : 23/08/2017 RUT AFILIADO : 12574630-6  
RUT BENEFICIARIO : 20250891-K NOMBRE BENEFICIARIO : FRANCO ANTONIO MOSCOSO GARCÍA  
DIRECCION : PJE.LOS DAMASCOS N° 2955. CALI GRUPO INGRESO : B  
EDAD BENEFICIARIO : 17 SEXO BENEFICIARIO : M  
Nro PROGRAMA : Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101206	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	3	N	0	1	20.020	7.510	0	12.510

FORMA DE PAGO CREDITO  
CREDITO 12.510 CREDITO - # TARJETA : 9063 - AUT : 664555

**TOTALES 20.020 7.510 0 12.510**

PROFESIONAL/INSTITUCION : 76649550-8 SOCIEDAD MEDICA VIDAGER LTDA.  
MEDICO TRATANTE :  
MEDICO SOLICITANTE :

NIVEL : 3  
FECHA ATENCION : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



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

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

CAJERO : 14108623-5

SUCURSAL : 011006K

HORA EMISION : 16:02:44

N° : 348169149  
\*\*\* COPIA \*\*\*

**DETALLE DE BAS**

**FOLIO BAS : 348169149**

**TIPO EMISION : Venta Directa**

**I. DATOS DE LA VENTA**

AFILIADO : 0012574630-6 CELINDA JUANA GARCÍA MAMANI  
 BENEFICIARIO : 0020250891-K MOSCOSO GARCÍA FRANCO ANTONIO  
 PRESTADOR :  
 INSTITUCION : 0076649550-8 SOCIEDAD MEDICA VIDAGER LTDA.  
 CODIGO SUCURSAL : 011006K FECHA EMISION : 23-08-2017 ESTADO: Emitido  
 RUT CAJERO : 0014108623-5 NIVEL : 3  
 FOLIO PAS : 0 N° PRESTAMO :  
 FORMA PAGO :

**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
0101206	1	N	0	12.510	20.020

PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
<b>TOTALES 1</b>	<b>12.510</b>	<b>20.020</b>

FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 348169149 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 12574630-6 GARCÍA MAMANI CELINDA JUANA  
BENEFICIARIO : 20250891-K MOSCOSO GARCÍA FRANCO ANTONIO  
PRESTADOR :  
INSTITUCION : 76649550-8 SOCIEDAD MEDICA VIDAGER LTDA.  
CODIGO SUCURSAL : 011006K FECHA EMISION : 23-08-2017 ESTADO : Bloqueado (Blok)  
RUT CAJERO : 14108623-5 NIVEL : 3  
FOLIO PAS : 0 N° PRESTAMO :  
FORMA PAGO : CREDITO - # TARJETA : 9063 - CÓD AUT : 664555

DATOS DE LA DEVOLUCION

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

DATOS DEL PAGO

ESTADO : FECHA PAGO :  
N° SOBRE : 0 N° CAJA : 0  
FECHA COMPRA : 23/08/2017 11:31 NRO AUDITORIA : BONO-P8CS-U5BK-71LF  
RUT COMPRADOR : 12574630-6 COMPRADOR : CELINDA JUANA GARCÍA MAMANI

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0101206	1	N	0	12.510	20.020
<b>TOTALES</b>			<b>1</b>	<b>12.510</b>	<b>20.020</b>