



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 3532/2017

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 **Eulogia López López**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **350413604**, 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 Tarapacá 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"

**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)
SUCURSAL IQUIQUE
CENTRO DE GEST. REGIONAL TARAPACA
SUBDPTO. DE GEST. TERRITORIAL
SECCION OFICINA DE PARTES
DIRECCION ZONAL NORTE





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

| | | |
|------------------------------------|-------------|---------------------|
| AFILIADO (Nombres y apellidos) | | RUN N° |
| <u>Beatriz Lopez Lopez</u> | | <u>13.746.711-9</u> |
| BENEFICIARIO (Nombres y apellidos) | | RUN N° |
| <u>Miguel Barne</u> | | <u>22.558.459-3</u> |
| DOMICILIO | | TELEFONO |
| <u>Leonardo # 2499</u> | | <u>68440768</u> |
| SUCURSAL EMISORA DEL BAS | | CODIGO SUCURSAL |
| <u>Iquique</u> | | <u>0110081</u> |
| N° PROGRAMA | N° PRESTAMO | FECHA DE EMISION |
| <u> </u> | <u> </u> | <u>16.11.17</u> |

| BAS EXTRAVIADOS | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <u>350418607</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 30.11.17, doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$ 590, 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]
FIRMA AFILIADO

| | |
|------------------|-------------|
| Autorizo a Don/a | RUN N° |
| <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>30.11.17</u> | <u>Iquique</u> | <u>Shirley Nuza</u> | <u>10.051.344-1</u> |



702



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° : 350413604
***** COPIA *****

FECHA EMISION : 16/11/2017 RUT AFILIADO : 13746711-9
RUT BENEFICIARIO : 22558458-3 NOMBRE BENEFICIARIO : LUCIANO ANDRÉS BARRA LÓPEZ
DIRECCION : LA ONZANA 2499 BLOCK 5 DEPTO. GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 10 SEXO BENEFICIARIO : M
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 EFECTIVO 5.590 **TOTALES 13.980 8.390 0 5.590**

PROFESIONAL/INSTITUCION : 9517032-3 MUNOZ PRAT PATRICIO LEONARDO NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 7172806-4

SUCURSAL : 0110051

HORA EMISION : 16:08:00

N° : 350413604
***** COPIA *****

DETALLE DE BAS**FOLIO BAS : 350413604****TIPO EMISION : Venta Directa****I. DATOS DE LA VENTA**

AFILIADO : 0013746711-9 EULOGIA DEL PILAR LÓPEZ LÓPEZ
 BENEFICIARIO : 0022558458-3 BARRA LÓPEZ LUCIANO ANDRÉS
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0009517032-3 MUNOZ PRAT PATRICIO LEONARDO
 CODIGO SUCURSAL : 0110051 FECHA EMISION : 16-11-2017 ESTADO: Emitido
 RUT CAJERO : 0007172806-4 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 |
|-------------------|----------|--------------|------|--------------|-------------|
| 0101309 | 1 | N | 0 | 5.590 | 13.980 |

| | PRESTACIONES | COPAGO | TOTAL |
|----------------|--------------|--------------|---------------|
| TOTALES | 1 | 5.590 | 13.980 |

FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 350413604 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 13746711-9 LÓPEZ LÓPEZ EULOGIA DEL PILAR
BENEFICIARIO : 22558458-3 BARRA LÓPEZ LUCIANO ANDRÉS
PRESTADOR :
INSTITUCION : 9517032-3 MUNOZ PRAT PATRICIO LEONARDO
CODIGO SUCURSAL : 0110051 FECHA EMISION : 16-11-2017 ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO : 7172806-4 NIVEL : 3
FOLIO PAS : 0 N° PRESTAMO :
FORMA PAGO : EFECTIVO

DATOS DE LA DEVOLUCION

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

DATOS DEL PAGO

ESTADO : FECHA PAGO :
N° SOBRE : 0 N° CAJA : 0
FECHA COMPRA : 16/11/2017 11:48 NRO AUDITORIA : BONO-P8D1-UAAB-SYDG
RUT COMPRADOR : 16595887-K COMPRADOR : FERNANDA BEATRIZ GONZÁLEZ CARVAJAL

DETALLE PRESTACIONES

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