



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE
SUBPTO. CONTROL Y CALIDAD DE PRESTACIONES**

RESOLUCIÓN EXENTA 5A.3 N° 3618/2017
MAT.: Autoriza cobro sin original de O.A.S.
ANTOFAGASTA, 05/12/2017

VISTOS:

Lo establecido en el D.FL. N° 1, de 2005, en el D.S N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud; en las Resoluciones Exentas, 4AN° 35/2016, 1AN°1274/1998, 2.3BN°3086/1998, 2.1 F N° 140/1999, N° 135/2002, 2.1D/N°119/2015 todas del Fondo Nacional de Salud; y la Resolución N° 1600/2008 de la Contraloría General de la República,

CONSIDERANDO:

1.- La solicitud de pago de OAS extraviado de **Enrique Alberto González Duran**,
RUT [REDACTED]
347919782.-

2.- Los documentos que fueron revisados en esta Dirección Zonal Norte, certificando que la Orden de Atención de Salud, según se individualiza, a la fecha no se encuentra pagada ni devuelta.

RESOLUCIÓN:

- 1.- Autorízase el pago de 01 (uno) Orden de Atención de Salud señalada en el considerando, por un valor de \$78.020 al prestador.
- 2.- El prestador deberá presentar en la Sección cobranza de la Sucursal Bancaria que corresponda la presente Resolución y el detalle del BAS.

Anótese, comuníquese y archívese,

"Por orden de la Sra. Directora"

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

MAS / JVV / rho

DISTRIBUCIÓN:

ENRIQUE ALBERTO GONZÁLEZ DURAN, [REDACTED]
OFICINA DE PARTES (AFECTA AL ART. 7° LETRA G) LEY N° 20.285/2008)

5/12/2017

SECCION GESTION PAGO PRESTADORES
DIRECCION ZONAL NORTE
SECCION OFICINA DE PARTES

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2 y 3 de la Ley 19.799. Validar número de documento en www.fonasa.cl





OGA/oga



IQUIQUE, 16 octubre 2017

RECADO 5 A.9 Nº 5/

DE: OLIVIA GALVEZ ANDÍA
 FISCALIZADOR
 CGR TARAPACÁ

A: SRA. ROSA HUANCA
 LATORRE 2642.
 ANTOFAGASTA

Junto con saludar, envío Antecedentes de solicitud de pago de BAS sin original de Klgo Enrique Gonzalez Durán.

- Formulario de solicitud de revisión BAS rechazados.
- Solicitud de pago sin originales
- Constancia de carabineros.
- Declaración Jurada

Saludos cordiales,

OLIVIA GALVEZ ANDÍA
 FISCALIZADORA DE PRESTACIONES
 C.G.R TARAPACÁ

DISTRIBUCIÓN:

- La indicada
- Secretaria CGR Tarapacá.

FONDO NACIONAL DE SALUD
 DIRECCION ZONAL NORTE

17 OCT 2017

RECEPCION
 OFICINA DE PARTES

DESTINO..... Nº INGRESO.....
 FIRMA.....



Gobierno de Chile

PROFESIONALES O ENTIDADES FORMULARIO "SOLICITUD REVISIÓN BONOS RECHAZADOS"



FECHA	FOLIO / Nº CORRELATIVO	DIRECCIÓN ZONAL
13-10-2017		NORTE

A.- DATOS IDENTIFICACIÓN
RUT PROFESIONAL O ENTIDAD SOLICITANTE

Enrique González Durán

FONO CONSULTA	CORREO ELECTRÓNICO	LUGAR DONDE REALIZÓ ATENCIÓN
976780061	nene.kine@hotmail.com	Jamigue

B.- MOTIVO RECHAZO DE BONOS

B1.- TÉCNICAS

BONO NOMINATIVO A OTRO PRESTADOR

PRESTACIÓN NO CORRESPONDE A LA OTORGADA

NO CUMPLE NORMA DE VIGENCIA

B2.- ADMINISTRATIVAS

NO CUMPLE VIGENCIA SEGÚN NORMATIVO TÉCNICO-ADMINISTRATIVA

BONO CAMPOS INCOMPLETOS, ENMENDADO, DESTRUIDO PARCIALMENTE, FIRMA EN FACSIMIL

PRESTADOR CAMBIÓ RUT

NIVEL NO CORRESPONDE AL REGISTRO DEL CONVENIO

BONO SIN TIMBRE DE CAJA

B3.- LEGAL

TÉRMINO DEL CONVENIO MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN CON BONOS EMITIDOS ANTES DEL CIERRE DEL CONTRATO

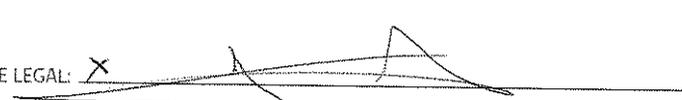
COBRO DE ROBO SIN ORIGINAL, DEBIDO A PÉRDIDA O ROBO

COBRO BONO POR SUCESIÓN DEL INSCRITO EN CONVENIO

C.- DETALLES DE BONOS

Nº DE SOBRE	Nº DE BONOS	MONTO
DETALLE DE FOLIO DE BONOS		
3479 19 782		

D.- FIRMAS DE SOLICITUD

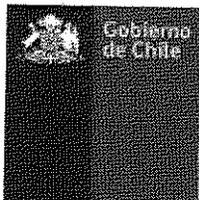
FIRMA DEL PROFESIONAL O REPRESENTANTE LEGAL: 

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN

FOLIO / Nº CORRELATIVO	DIRECCIÓN ZONAL

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO

FECHA



SOLICITUD DE PAGO SIN ORIGINALES DE BAS

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR:

NOMBRE: ENRIQUE GONZALEZ DURAN

RUT: 7.827100-0

PROFESION: KINESIOLOGO

LUGAR DE ATENCIÓN: IQUIQUE

N° TELEFONICO: 976780061

CORREO ELECTRONICO: NENEKINE@HOTMAIL.COM

2.- IDENTIFICACION DE BAS SIN ORIGINAL:

CANTIDAD DE BAS: 1

FOLIOS DE LOS BAS:

347919782			

3.- ANTECEDENTES DE RESPALDO:

MOTIVO DE LA SOLICITUD: PERDIDA DE BONO.

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

a) DECLARACION JURADA _____

b) PUBLICACIONES DIAS (DD/MM/AA): _____ y _____

c) CONSTANCIA DE: CARABINEROS

FIRMA: X

FECHA 06-10-2017



Iquique 06 de Octubre del 2017

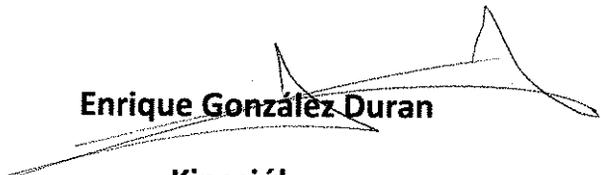
Señores Fonasa:

A través de la presente solicito a ustedes el pago del bono sin original folio **347919782** que se me extravió.

Nomina Rutificada

- Folio: 347919782
- Nombre: Cinthia Linares Durandal
- RUN : 10.782.214-3

Saludos cordiales,


Enrique González Duran

Kinesiólogo

7.827.100-0

CARABINEROS DE CHILE
PREF. IQUIQUE NRO. 2
1RA. COM. IQUIQUE

Original para la Unidad
Fecha: 06/10/2017
Hora : 12:50

CONSTANCIA

N° : 0006791/2017

Motivo : PERDIDA DE DOCUMENTOS

Pág:

Se presenta :

Sr(a). ENRIQUE ALBERTO GONZALEZ DURAN
Cédula Identidad N° 007827100-0, 61 de edad, CHILENO(A)
domiciliado en PASAJE LAUTARO 1360 IQUIQUE
comuna de IQUIQUE
y expone :

" QUE, ETRAVIO SU BONO DE ATENCION FONASA NO RECUERDA EL DIA " "
" NI LA FECHA TAMPOCO CIRCUNSTANCIAS. " "
" BONO NRO. 347919782. " "
" " "

IQUIQUE, 6 de OCTUBRE, 2017

CESAR OSVALDO BRAVO FUENTE
SGTO. 2DO. de Carabineros



Leída y ratificada por :
ENRIQUE A GONZALEZ DURAN
Firma Constatario(a)

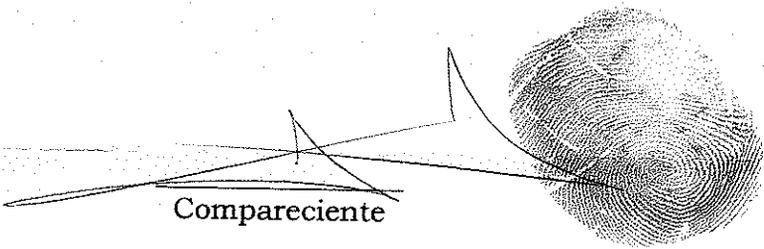
DECLARACION JURADA

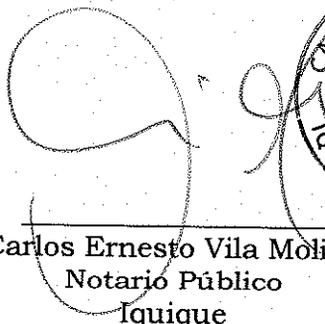
En Iquique, República de Chile, a 12 de Octubre del 2017, comparece: Don **ENRIQUE ALBERTO GONZALEZ DURAN**, cédula de identidad N°7.827.100-0, con domicilio en pasaje Lautaro N°1360, Iquique, mayor de edad, que expone lo siguiente:

Que por este acto vengo en declara bajo juramento que, se extravió Bono de Atención de Salud (FONASA) N°347919782.

Formulo la presente declaración para ser presentada ante los organismos que corresponda para los fines que estime pertinente.-

En comprobante y previa lectura firma el compareciente ante Notario Público que autoriza.- Doy Fe.-


Compareciente


Carlos Ernesto Vila Molina
Notario Público
Iquique

