



FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 3907/2017

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

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 Don **Juan Guerra Morales**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente a los B.A.S. Folios N° **349828678** y **350667624**, ascendente a la suma de \$54.890.- (Cincuenta y cuatro mil ochocientos noventa pesos),
2. La declaración jurada efectuada por el solicitante en relación al extravío del original de los BAS ya singularizados, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. Autorízase la devolución de la suma de **\$54.890.-**, correspondiente al co-pago efectuado por el requirente ya individualizado, por la adquisición de los BAS indicados.
2. La Sucursal Tocopilla devolverá al beneficiario ya individualizado, la suma antes indicada por concepto de co-pago.

Anótese, comuníquese y archívese

"Por orden de la Sra. Directora"

**ELBA VARAS ESPINOZA
DIRECTOR(A) ZONAL SUBROGANTE
DIRECCION ZONAL NORTE**

EVE / jtr

DISTRIBUCIÓN:

OFICINA DE PARTES (AFECTA AL ART. 7° LETRA G) LEY N° 20.285/2008)
SUCURSAL TOCOPILLA
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



FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 349828678 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 6102015-2	GUERRA MORALES JUAN OCTAVIO		
BENEFICIARIO	: 6102015-2	GUERRA MORALES JUAN OCTAVIO		
PRESTADOR	:			
INSTITUCION	: 78971670-K	SOC. DE HISTOPATOLOGIA Y CITODIAGNOSTICO		
CODIGO SUCURSAL	: 0210064	FECHA EMISION	: 25-10-2017	ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 9273261-4	NIVEL	: 3	
FOLIO PAS	: 63477563	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	: 25/10/2017 09:29	NRO AUDITORIA	: BONO-P9CY-21VF-P2JK	
RUT COMPRADOR	: 6102015-2	COMPRADOR	: JUAN OCTAVIO GUERRA MORALES	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0801008	1	N	0	11.480	16.700
0801005	1	N	0	17.140	24.930
0801007	1	N	0	22.790	33.150
TOTALES			3	51.410	74.780

FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 350667624 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 6102015-2	GUERRA MORALES JUAN OCTAVO		
BENEFICIARIO	: 6102015-2	GUERRA MORALES JUAN OCTAVO		
PRESTADOR	:			
INSTITUCION	: 77798500-0	LABORATORIO CLINICO CLINILAB LTDA		
CODIGO SUCURSAL	: 0210084	FECHA EMISION	: 28-11-2017	ESTADO : Bloqueado (Bloc)
RUT CAJERO	: 9273281-4	NIVEL	: 2	
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	: 28/11/2017 09:35	NRO AUDITORIA	: BONO-P9D2-TNVQ-8X6D	
RUT COMPRADOR	: 9135498-9	COMPRADOR	: AMELIA ROXANA SOTO TOLEDO	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO	RECARGO	VALOR	VALOR
PRESTACION	CANTIDAD	HORA	ITEM
		COPAGO	TOTAL
0308011	1	N	0
		2.300	3.740
0309022	1	N	0
		1.180	1.910
TOTALES		2	3.480
			5.650



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

AFILIADO (Nombres y apellidos) <u>Juan Guerra Morales</u>	RUN N° <u>6102011-2</u>
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos) <u>Juan Guerra Morales</u>	RUN N° _____
DOMICILIO <u>Cerro Drogon 3000</u>	TELEFONO <u>950470032</u>
SUCURSAL EMISORA DEL BAS <u>Tacopilla</u>	CODIGO SUCURSAL <u>020004</u>
N° PROGRAMA <u>63477563</u>	N° PRESTAMO _____
	FECHA DE EMISION <u>28-11-2017</u>

BAS EXTRAVIADOS	
<u>244828678</u>	<u>25066764</u>

Por el presente instrumento vengo a informar que él, o los documentos mencionados anteriormente fueron extraviados y tampoco han sido utilizados como medios de pagos 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 co-pago que asciende a la suma \$ 3.416, 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° _____
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>28-11-2017</u>	<u>020004</u>	<u>MB</u>	<u>82832614</u>



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

Nº : 350667624
*** COPIA ***

FECHA EMISION : 28/11/2017 RUT AFILIADO : 6102015-2
RUT BENEFICIARIO : 6102015-2 NOMBRE BENEFICIARIO : JUAN OCTAVIO GUERRA MORALES
DIRECCION : CERRO DRAGON #3030 - CASA 5 GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 65 SEXO BENEFICIARIO : M
Nro PROGRAMA : Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0306011	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONI	2	N	0	1	3.740	1.440	0	2.300
0309022	ORINA COMPLETA, (INCLUYE COD.	2	N	0	1	1.910	730	0	1.180

FORMA DE PAGO EFECTIVO 3.480 **TOTALES** 5.650 2.170 0 3.480

PROFESIONAL/INSTITUCION : 77798500-0 LABORATORIO CLINICO CLINILAB LTDA NIVEL : 2
MEDICO TRATANTE : 77798500-0 LAB. CLINICO CLINILAB LTDA. FECHA ATENCION : ___/___/___
Nº MEDICO SOLICITANTE : 10316515-6 JUAN CARLOS BAEZA CORDERO



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 9273261-4 SUCURSAL : 0210064 HORA EMISION : 09:35:03

Nº : 350667624
*** COPIA ***



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

**N° : 349828678
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 25/10/2017	RUT AFILIADO : 6102015-2
RUT BENEFICIARIO : 6102015-2	NOMBRE BENEFICIARIO : JUAN OCTAVIO GUERRA MORALES
DIRECCION : CERRO DRAGON #3030 - CASA 5	GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 65	SEXO BENEFICIARIO : M
Nro PROGRAMA : 63.477.563	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0801008	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CORRIE	3	N	0	1	16.700	5.220	0	11.480
0801005	** ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON	3	N	0	1	24.930	7.790	0	17.140
0801007	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TI	3	N	0	1	33.150	10.360	0	22.790

FORMA DE PAGO EFECTIVO	51.410	TOTALES	74.780	23.370	0	51.410
------------------------	--------	----------------	---------------	---------------	----------	---------------

PROFESIONAL/INSTITUCION : 76971670-K SOC. DE HISTOPATOLOGIA Y CITODIAGNOSTICO NIVEL : 3
 MEDICO TRATANTE :
 MEDICO SOLICITANTE :
 FECHA ATENCION : ___/___/___



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 9273261-4

SUCURSAL : 0210064

HORA EMISION : 09:38:12

**N° : 349828678
*** COPIA *****