



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 3908/2017

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 **Rubén Carrasco Martínez**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente a los B.A.S. Folios N° **346772960** y **347403560**, ascendente a la suma de \$18.450.- (Dieciocho mil cuatrocientos cincuenta pesos),
2. La declaración jurada efectuada por el solicitante en relación al extravío de los originales del BAS ya singularizados, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. Autorízase la devolución de la suma de **\$18.450.-**, correspondiente al co-pago efectuado por el requirente ya individualizado, por la adquisición de los BAS indicados.
2. La Sucursal Tarapacá 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)
CENTRO DE GEST. REGIONAL TARAPACA
SUCURSAL IQUIQUE
SUBDPTO. DE GEST. TERRITORIAL
SECCION OFICINA DE PARTES
DIRECCION ZONAL NORTE



FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 346772960 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 18004912-6	CARRASCO MARTÍNEZ RUBÉN DARÍO
BENEFICIARIO	: 18004912-6	CARRASCO MARTÍNEZ RUBÉN DARÍO
PRESTADOR	:	
INSTITUCION	: 11966682-6	ERICES REYES ERNESTO OMAR
CODIGO SUCURSAL	: 0110051	FECHA EMISION : 04-07-2017 ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 7172806-4	NIVEL : 3
FOLIO PAS	: 0	N° PRESTAMO :
FORMA PAGO	: EFECTIVO	

DATOS DE LA DEVOLUCION

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

DATOS DEL PAGO

ESTADO	:	FECHA PAGO	:	
N° SOBRE	: 0	N° CAJA	: 0	
FECHA COMPRA	: 04/07/2017 14:52	NRO AUDITORIA	: BONO-P2CN-QRUH-4T8R	
RUT COMPRADOR	: 18004912-6	COMPRADOR	: RUBÉN DARÍO CARRASCO MARTÍNEZ	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0101201	1	N	0	12.510	20.020
TOTALES			1	12.510	20.020

FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 347403560 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 18004912-6 CARRASCO MARTÍNEZ RUBÉN DARÍO
BENEFICIARIO : 18004912-6 CARRASCO MARTÍNEZ RUBÉN DARÍO
PRESTADOR :
INSTITUCION : 5587827-7 MEDRANO SOTO SERGIO RICARDO
CODIGO SUCURSAL : 0110051 FECHA EMISION : 26-07-2017 ESTADO : Bloqueado (Blok)
RUT CAJERO : 15684310-5 NIVEL : 3
FOLIO PAS : 0 N° PRESTAMO :
FORMA PAGO : EFECTIVO

DATOS DE LA DEVOLUCION

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

DATOS DEL PAGO

ESTADO : FECHA PAGO :
N° SOBRE : 0 N° CAJA : 0
FECHA COMPRA : 26/07/2017 13:47 NRO AUDITORIA : BONO-P8CQ-JNEP-PQ8Y
RUT COMPRADOR : 18004912-6 COMPRADOR : RUBÉN DARÍO CARRASCO MARTÍNEZ

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0101001	1	N	0	5.940	11.390
TOTALES			1	5.940	11.390



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

AFILIADO (Nombres y apellidos) ROSA CARRASCO M **RUN N°** 18004912-6
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos) ROSA CARRASCO M **RUN N°** 18004912-6
DOMICILIO CHAMIZA 3819 **TELEFONO** 989391195
SUCURSAL EMISORA DEL BAS IPURPO **CODIGO SUCURSAL** 011005P
N° PROGRAMA **N° PRESTAMO** **FECHA DE EMISION** 04-07-17 26-07-17

BAS EXTRAVIADOS			
<u>346722P60</u>			<u>12510</u>
<u>397405560</u>			<u>5940</u>

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

Por tanto con fecha 05.12.17, doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$... 18.450 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

X [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>06.12.17</u>	<u>IPURPO</u>	<u>Sheila Teza</u>	<u>10051344-7</u>



DETALLE DE BAS**FOLIO BAS : 346772960****TIPO EMISION : Venta Directa****I. DATOS DE LA VENTA**

AFILIADO : 0018004912-6 RUBÉN DARÍO CARRASCO MARTÍNEZ
 BENEFICIARIO : 0018004912-6 CARRASCO MARTÍNEZ RUBÉN DARÍO
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0011965682-6 ERICES REYES ERNESTO OMAR
 CODIGO SUCURSAL : 0110051 FECHA EMISION : 04-07-2017 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
0101201	1	N	0	12.510	20.020

	PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
TOTALES	1	12.510	20.020

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 347403560

TIPO EMISION : Venta Directa

I. DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 0018004912-6 RUBÉN DARÍO CARRASCO MARTÍNEZ
 BENEFICIARIO : 0018004912-6 CARRASCO MARTÍNEZ RUBÉN DARÍO
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0005587827-7 MEDRANO SOTO SERGIO RICARDO
 CODIGO SUCURSAL : 0110051 FECHA EMISION : 26-07-2017 ESTADO: Emitido
 RUT CAJERO : 0015684310-5 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
0101001	1	N	0	5.940	11.390

	PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
TOTALES	1	5.940	11.390



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

**N° : 346772960
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 04/07/2017	RUT AFILIADO : 18004912-6
RUT BENEFICIARIO : 18004912-6	NOMBRE BENEFICIARIO : RUBÉN DARÍO CARRASCO MARTÍNEZ
DIRECCION : LOS CHUNCHOS 3663 HUANTAJAY	GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 25	SEXO BENEFICIARIO : M
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101201	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	3	N	0	1	20.020	7.510	0	12.510

FORMA DE PAGO		TOTALES	20.020	7.510	0	12.510
EFFECTIVO	12.510					

PROFESIONAL/INSTITUCION : 11965682-6 ERICES REYES ERNESTO OMAR	NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE :	FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :	



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 7172806-4

SUCURSAL : 0110051

HORA EMISION : 13:21:53

**N° : 346772960
*** COPIA *****



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° : 347403560
***** COPIA *****

FECHA EMISION : 26/07/2017 RUT AFILIADO : 18004912-6
RUT BENEFICIARIO : 18004912-6 NOMBRE BENEFICIARIO : RUBÉN DARÍO CARRASCO MARTÍNEZ
DIRECCION : LOS CHUNCHOS 3663 HUANTAJAY GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 25 SEXO BENEFICIARIO : M
Nro PROGRAMA : Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101001	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	3	N	0	1	11.390	5.450	0	5.940

FORMA DE PAGO EFECTIVO 5.940 **TOTALES 11.390 5.450 0 5.940**

PROFESIONAL/INSTITUCION : 5587827-7 MEDRANO SOTO SERGIO RICARDO NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 15684310-5

SUCURSAL : 0110051

HORA EMISION : 13:22:30

N° : 347403560
***** COPIA *****