



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 3909/2017

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 **Hermann Castillo Fernández**, C.I. N° [REDACTED], para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **350749134**, ascendente a la suma de \$5.590.- (Cinco mil quinientos noventa pesos),
2. La declaración jurada efectuada por el 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 el requirente ya individualizado, por la adquisición del BAS indicado.
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





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

AFIILIADO (Nombres y apellidos)
Hermann Castillo Fernandez

RUN N°
11.505.368.K

BENEFICIARIO (Nombres y apellidos)
Hermann Castillo Fernandez

RUN N°
11.505.368.K

DOMICILIO
La Cometa 2370 J-Iquique

TELEFONO
71065291

SUCURSAL EMISORA DEL BAS
Iquique

CODIGO SUCURSAL
0110051

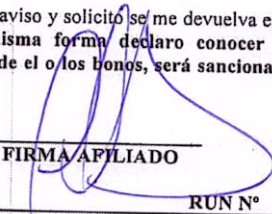
N° PROGRAMA **N° PRESTAMO**

FECHA DE EMISION
30-11-17

BAS EXTRAVIADOS			
350749134			

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

Por tanto con fecha 04-12-2017, doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$ 5.590.000, 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 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°
06-12-17	Iquique	Sherita Leza	10051344-7



DETALLE DE BAS**FOLIO BAS : 350749134 TIPO EMISION : Venta Directa****I. DATOS DE LA VENTA**

AFILIADO : 0011505368-K HERMANN FERNANDO CASTILLO FERNÁNDEZ
 BENEFICIARIO : 0011505368-K CASTILLO FERNÁNDEZ HERMANN FERNANDO
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0007367644-4 GALIMANY FLIX JOSE MARIA
 CODIGO SUCURSAL : 0110051 FECHA EMISION : 30-11-2017 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
0101307	1	N	0	5.590	13.980

	PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
TOTALES	1	5.590	13.980



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

**N° : 350749134
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 30/11/2017	RUT AFILIADO : 11505368-K
RUT BENEFICIARIO : 11505368-K	NOMBRE BENEFICIARIO : HERMANN FERNANDO CASTILLO FERNÁN
DIRECCION : LA CANTERA 2370 POB. J. INOSTR	GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 47	SEXO BENEFICIARIO : M
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101307	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 : 7367644-4 GALIMANY FLIX JOSE MARIA NIVEL : 3
 MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
 MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 15684310-5

SUCURSAL : 0110051

HORA EMISION : 09:00:33

**N° : 350749134
*** COPIA *****

FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 350749134 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 11505368-K CASTILLO FERNÁNDEZ HERMANN FERNANDO
BENEFICIARIO : 11505368-K CASTILLO FERNÁNDEZ HERMANN FERNANDO
PRESTADOR :
INSTITUCION : 7367644-4 GALIMANY FLIX JOSE MARIA
CODIGO SUCURSAL : 0110051 FECHA EMISION : 30-11-2017 ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO : 15684310-5 NIVEL : 3
FOLO PAS : 0 N° PRESTAMO :
FORMA PAGO : EFECTIVO

DATOS DE LA DEVOLUCION

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

DATOS DEL PAGO

ESTADO : FECHA PAGO :
N° SOBRE : 0 N° CAJA : 0
FECHA COMPRA : 30/11/2017 08:45 NRO AUDITORIA : BONO-PD2-YUS8-JAID
RUT COMPRADOR : 11505368-K COMPRADOR : HERMANN FERNANDO CASTILLO FERNÁNDEZ

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO	RECARGO	VALOR	VALOR		
PRESTACION	CANTIDAD	HORA	ITEM	COPAGO	TOTAL
0101307	1	N	0	5.590	13.980
TOTALES			1	5.590	13.980