



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**

RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 3910/2017

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 Doña **Daffne Rojo Álvarez**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **349140892**, ascendente a la suma de \$5.940.- (Cinco mil novecientos cuarenta 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 **\$5.940.-**, correspondiente al co-pago efectuado por la requirente ya individualizada, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Iquique 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"

**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

13/12/2017

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 : 349140892 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 11343048-6 ROJO ÁLVAREZ DAFFNE PAMELA
BENEFICIARIO : 11343048-6 ROJO ÁLVAREZ DAFFNE PAMELA
PRESTADOR :
INSTITUCION : 10075349-9 CEBALLOS VICENTELO ANDRES EDUARDO
CODIGO SUCURSAL : 0163511 FECHA EMISION : 29-09-2017 ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO : 8985219-6 NIVEL : 3
FOLIO PAS : 0 N° PRESTAMO :
FORMA PAGO : EFECTIVO

DATOS DE LA DEVOLUCION

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

DATOS DEL PAGO

ESTADO : FECHA PAGO :
N° SOBRE : 0 N° CAJA : 0
FECHA COMPRA : 29/09/2017 11:35 NRO AUDITORIA : BONO-P9CV-VPHE-BV9J
RUT COMPRADOR : 11343048-6 COMPRADOR : DAFFNE PAMELA ROJO ÁLVAREZ

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

AFIILIADO (Nombres y apellidos)
Daffne Lago A RUN N° 11343098-6

BENEFICIARIO (Nombres y apellidos)
Daffne Lago A RUN N° 11343098-6

DOMICILIO
15 Bruma 1753 TELEFONO 73068597

SUCURSAL EMISORA DEL BAS
Iquique CODIGO SUCURSAL 0163511

N° PROGRAMA N° PRESTAMO
FECHA DE EMISION 20-09-17

BAS EXTRAVIADOS

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

Por tanto con fecha 5-12-17, doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$340 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

[Signature]
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	0110051	Shula Leza	10051344-7

CGR
Fonasa
TARAPACA
[Signature]

DETALLE DE BAS**FOLIO BAS : 349140892****TIPO EMISION : Venta Directa****I. DATOS DE LA VENTA**

AFILIADO : 0011343048-6 DAFNE PAMELA ROJO ÁLVAREZ
 BENEFICIARIO : 0011343048-6 ROJO ÁLVAREZ DAFNE PAMELA
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0010075349-9 CEBALLOS VICENTELO ANDRES EDUARDO
 CODIGO SUCURSAL : 0163511 FECHA EMISION : 29-09-2017 ESTADO: Emitido
 RUT CAJERO : 0008985219-6 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° : 349140892
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 29/09/2017	RUT AFILIADO : 11343048-6
RUT BENEFICIARIO : 11343048-6	NOMBRE BENEFICIARIO : DAFFNE PAMELA ROJO ÁLVAREZ
DIRECCION : BARROS ARANA 1783	GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 49	SEXO BENEFICIARIO : F
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		TOTALES	11.390	5.450	0	5.940
EFFECTIVO	5.940					

PROFESIONAL/INSTITUCION : 10075349-9 CEBALLOS VICENTELO ANDRES EDUARDO NIVEL : 3
 MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
 MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 8985219-6

SUCURSAL : 0163511

HORA EMISION : 14:28:06

**N° : 349140892
*** COPIA *****