



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 3911/2017

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 **Oscar Rojas Guerra**, C.I. N° [REDACTED], para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **350909816**, ascendente a la suma de \$5.940.- (Cinco mil novecientos cuarenta 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 **\$5.940.-**, correspondiente al co-pago efectuado por el requirente ya individualizado, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Alto Hospicio 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
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





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

AFILIADO (Nombres y apellidos) OSCAR ROJAS OLIVERA	RUN N° 15.733.080-3
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos) JOAQUIN ANDRES ROJAS PAYACAN	RUN N° 24.941.103-3
DOMICILIO LAS MAGNOLIAS 3877	TELEFONO 950 833 849
SUCURSAL EMISORA DEL BAS Alto Hospicio	CODIGO SUCURSAL 011006K
N° PROGRAMA /	N° PRESTAMO /
	FECHA DE EMISION 06-12-17

BAS EXTRAVIADOS				
350909016	/	/	/	/
/	/	/	/	/

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 07-12-17, doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$... 5.940..., 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 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°
07/12/2017	Alto Hospicio	Evila Lora Castro	12836009-1





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

**N° : 350909816
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 06/12/2017	RUT AFILIADO : 15733880-3
RUT BENEFICIARIO : 24941183-3	NOMBRE BENEFICIARIO : JOAQUIN ANDRES ROJAS PAYACAN
DIRECCION : LAS MAGNOLIAS 3877	GRUPO INGRESO : C
EDAD BENEFICIARIO : 2	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		TOTALES	11.390	5.450	0	5.940
DEBITO	5.940 DEBITO - AUT : 002503					

PROFESIONAL/INSTITUCION : 21930728-4 CAMEJO GUTIERREZ EDUARDO RUBEN	NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE :	FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :	



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 15924033-9 SUCURSAL : 011006K HORA EMISION : 09:00:44

**N° : 350909816
*** COPIA *****

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 350909816

TIPO EMISION : Venta Directa

I. DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 0015733880-3 OSCAR ANDRÉS ROJAS GUERRA
 BENEFICIARIO : 0024941183-3 ROJAS PAYACAN JOAQUIN ANDRES
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0021930728-4 CAMEJO GUTIERREZ EDUARDO RUBEN
 CODIGO SUCURSAL : 011006K FECHA EMISION : 06-12-2017 ESTADO: Emitido
 RUT CAJERO : 0015924033-9 NIVEL : 3
 FOLIO PAS : 0 N° PRESTAMO :
 FORMA PAGO :

II. DATOS DE LA DEVOLUCION

CODIGO SUCURSAL :
 RUT CAJERO :
 RUT TRAMITADOR :
 FECHA :
 MONTO EFECTIVO : MONTO PRESTAMO :
 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

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 350909816 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 15733880-3 ROJAS GUERRA OSCAR ANDRÉS
BENEFICIARIO : 24941183-3 ROJAS PAYACAN JOAQUIN ANDRES
PRESTADOR :
INSTITUCION : 21930728-4 CAMEJO GUTIERREZ EDUARDO RUBEN
CODIGO SUCURSAL : 011006K FECHA EMISION : 06-12-2017 ESTADO : Bloqueado (Blaq)
RUT CAJERO : 15924033-9 NIVEL : 3
FOLIO PAS : 0 N° PRESTAMO :
FORMA PAGO : DEBITO - CÓD AUT : 002503

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 : 06/12/2017 09:47 NRO AUDITORIA : BONO-P3D3-GSMW-CQWV
RUT COMPRADOR : 15733880-3 COMPRADOR : OSCAR ANDRÉS ROJAS GUERRA

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