



**FONASA NORTE  
DIRECCION ZONAL NORTE**



**RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4018/2017**

**MAT.:** Autoriza devolución de copago por extravío de B.A.S.  
**ANTOFAGASTA, 14/12/2017**

**VISTOS:**

Lo dispuesto en el Libro I del D.F.L. N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud; Res.Exta. 4A/N° 3766 de 2017; 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 **Victoria Estrada Arce**, C.I. N° [REDACTED], para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **350304313**, ascendente a la suma de \$12.510.- (Doce mil quinientos diez 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 **\$12.510.-**, correspondiente al co-pago efectuado por la requirente ya individualizada, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Antofagasta 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)  
SUCURSAL ANTOFAGASTA  
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](http://www.fonasa.cl)



DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 350304313

TIPO EMISION

: Venta Directa

**DATOS DE LA VENTA**

AFILIADO	: 23905575-3	ESTRADA ARCE VICTORIA EUGENIA
BENEFICIARIO	: 24034280-4	HIDALGO ESTRADA JHON MARLON
PRESTADOR	:	
INSTITUCION	: 78635070-0	SOCIEDAD DERMATOLOGICA INTEGRAL LTDA.
CODIGO SUCURSAL	: 0210048	FECHA EMISION : 13-11-2017
RUT CAJERO	: 12614087-8	NIVEL : 3
FOLIO PAS	: 0	N° PRESTAMO :
FORMA PAGO	: EFECTIVO	ESTADO : Bloqueado (Bloq)

**DATOS DE LA DEVOLUCION**

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

**DATOS DEL PAGO**

ESTADO	:	FECHA PAGO	:
N° SOBRE	: 0	N° CAJA	: 0
FECHA COMPRA	: 13/11/2017 14:10	NRO AUDITORIA	: BONO-P2D1-LMEJ-2K11
RUT COMPRADOR	: 23905575-3	COMPRADOR	: VICTORIA EUGENIA ESTRADA ARCE

**DETALLE PRESTACIONES**

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



SOLICITUD DE DEVOLUCION DE BAS  
DECLARACION JURADA

AFILIADO

Victorio Estrada ANCE

RUT

23.905.575-3

ASEGURADO:

Jhon Hidalgo Estrada

RUT:

24034.280-4

DOMICILIO:

Lientur 1860

TELEFONO:

974205469

SUCURSAL EMISORA DEL BAS

Antofagasta

CODIGO SUCURSAL

0210048

N° PROGRAMA

N° PRESTAMO

FECHA EMISION

--	--	--

BAS EXTRAVIADO

350304313			

Por el presente instrumento vengo a informar que el, o los documentos mencionados anteriormente fueron (ROBADOS EXTRAVIADOS X), y tampoco han sido utilizados como medios de pago a prestadores, o devueltos en alguna sucursal de FONASA.

Por tanto con fecha 06/12/17 doy aviso y solicito se me devuelva el monto del copago que asciende a la suma de \$ 12.510 de la misma forma declaro conocer que la utilización indebida o fraudulenta de la gestión de la devolución de el o los bonos, será sancionada de acuerdo a lo establecido en el código penal.

Victoria Estrada  
FIRMA

AUTORIZO A DON/A:

RUT:

Para gestionar y/o retirar el dinero por el o los BAS mencionados anteriormente.

USO EXCLUSIVO JEFE(A) O ENCARGADO DE SUCURSAL

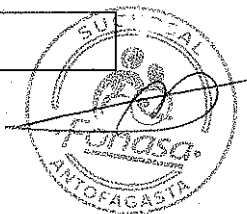
Fecha solicitud

Sucursal Receptora

Jefe Sucursal

Rut:

06/12/17	0210048		
----------	---------	--	--





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

**N° : 350304313  
\*\*\* COPIA \*\*\***

FECHA EMISION : 13/11/2017	RUT AFILIADO : 23905575-3
RUT BENEFICIARIO : 24034280-4	NOMBRE BENEFICIARIO : JHON MARLON HIDALGO ESTRADA
DIRECCION : MONJITAS 1518	GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 16	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 EFECTIVO	12.510	<b>TOTALES</b>	<b>20.020</b>	<b>7.510</b>	<b>0</b>	<b>12.510</b>
------------------------	--------	----------------	---------------	--------------	----------	---------------

PROFESIONAL/INSTITUCION : 78635070-0 SOCIEDAD DERMATOLOGICA INTEGRAL LTDA. NIVEL : 3  
 MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 MEDICO SOLICITANTE :



\_\_\_\_\_  
FIRMA BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 12614087-8      SUCURSAL : 0210048      HORA EMISION : 10:06:08

**N° : 350304313  
\*\*\* COPIA \*\*\***

CEDULA DE IDENTIDAD REPUBLICA DE CHILE  
EXTRANJERO

APellidos: ESTRADA ARCE  
Nombres: VICTORIA EUGENIA  
NACIONALIDAD: COL  
SEXO: F  
FECHA DE NACIMIENTO: 12 FEB 1979  
FECHA DE EMISION: 28 NOV 2014  
FECHA DE VENCIMIENTO: 28 NOV 2019  
SERIE Y NO. DOCUMENTO: 200-246-452

RUN: 23.905.575-8

