



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4020/2017

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 Don (a) **Miguel Araya Araya**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **351004240**, ascendente a la suma de \$12.510.- (Doce mil quinientos diez 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 **\$12.510.-**, correspondiente al co-pago efectuado por el requirente ya individualizado, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Calama 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)
SUCURSAL CALAMA
SUBDPTO. DE GEST. TERRITORIAL
SECCION OFICINA DE PARTES
DIRECCION ZONAL NORTE

15/12/2017

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 : 351004240 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 5779714-2	ARAYA ARAYA MIGUEL ANTONIO		
BENEFICIARIO	: 5779714-2	ARAYA ARAYA MIGUEL ANTONIO		
PRESTADOR	:			
INSTITUCION	: 76089390-1	SOC. MED. SAN FRANCISCO LTDA		
CODIGO SUCURSAL	: 0282538	FECHA EMISION	: 11-12-2017	ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 13366785-8	NIVEL	: 3	
FOLIO PAS	: 0	N° PRESTAMO	:	
FORMA PAGO	: EFECTIVO			

DATOS DE LA DEVOLUCION

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

DATOS DEL PAGO

ESTADO	:	FECHA PAGO	:	
N° SOBRE	: 0	N° CAJA	: 0	
FECHA COMPRA	: 11/12/2017 14:00	NRO AUDITORIA	: BONO-P2D3-WFCS-32TC	
RUT COMPRADOR	: 5779714-2	COMPRADOR	: MIGUEL ANTONIO ARAYA ARAYA	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO		RECARGO		VALOR	VALOR
PRESTACION	CANTIDAD	HORA	ITEM	COPAGO	TOTAL
0101204	1	N	0	12.510	20.020
TOTALES			1	12.510	20.020



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

AFILIADO (Nombres y apellidos)	RUN N°
MIGUEL ANTONIO MAYA MAYA	5779714-2
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos)	RUN N°
MIGUEL MAYA MAYA	5779714-2
DOMICILIO	TELEFONO
OSUALDO MUÑOZ 3481 V. HERRERA	822894
	94981218
SUCURSAL EMISORA DEL BAS	CODIGO SUCURSAL
IPS	0262536
N° PROGRAMA	N° PRESTAMO
	FECHA DE EMISION

BAS EXTRAVIADOS

351004240				
-----------	--	--	--	--

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....., doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$12.510.000, 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

r
FIRMA AFILIADO

Autorizo a Don/a _____ RUN N° Miguel Maya

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°
11/12/17	0210056	CONSTANZA CONTRERAS	13718634-9

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 351004240 TIPO EMISION : Venta Directa

I. DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 0005779714-2 MIGUEL ANTONIO ARAYA ARAYA
 BENEFICIARIO : 0005779714-2 ARAYA ARAYA MIGUEL ANTONIO
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0076069390-1 SOC. MED. SAN FRANCISCO LTDA.
 CODIGO SUCURSAL : 0262536 FECHA EMISION : 11-12-2017 ESTADO: Emitido
 RUT CAJERO : 0013356765-8 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
0101204	1	N	0	12.510	20.020

PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
TOTALES	1	20.020



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

**N° : 351004240
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 11/12/2017	RUT AFILIADO : 5779714-2
RUT BENEFICIARIO : 5779714-2	NOMBRE BENEFICIARIO : MIGUEL ANTONIO ARAYA ARAYA
DIRECCION : OSVALDO MUNOZ 2481 POB VISTA	GRUPO INGRESO : C
EDAD BENEFICIARIO : 70	SEXO BENEFICIARIO : M
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101204	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 : 76069390-1 SOC. MED. SAN FRANCISCO LTDA. NIVEL : 3
 MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
 MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 13356765-8 SUCURSAL : 0262536 HORA EMISION : 15:06:16

**N° : 351004240
*** COPIA *****

