



**FONASA NORTE  
DIRECCION ZONAL NORTE**

**RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4021/2017**

**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 **Carlos Flores Toledo**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **349080045**, 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 Plaza Norte 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**

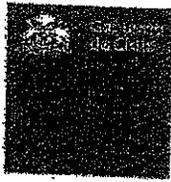
EVE / jtr

**DISTRIBUCIÓN:**

OFICINA DE PARTES (AFECTA AL ART. 7° LETRA G) LEY N° 20.285/2008)  
SUCURSAL PLAZA NORTE  
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)





**"Solicitud de devolución de BAS"**  
Declaración Jurada

<b>AFILIADO (Nombres y apellidos)</b> Carlos Angel Flores Salado	<b>RUN N°</b> 74815557
<b>BENEFICIARIO (Nombres y apellidos)</b> Carlos Angel Flores Salado	<b>RUN N°</b> 74815557
<b>DOMICILIO</b> FCLTA con Zonas 1925	<b>TELEFONO</b> 77275454
<b>SUCURSAL EMISORA DEL BAS</b> SUC ANTP	<b>CODIGO SUCURSAL</b> 021004-8
<b>N° PROGRAMA</b> 	<b>N° PRESTAMO</b> 
	<b>FECHA DE EMISION</b> 02-10-2014

BAS EXTRAVIADOS			
378080045			

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

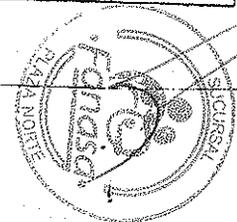
Por tanto con fecha *02-10-2014*, doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma *\$...\$...*, de la misma forma declaro conocer que la utilización indebida o fraudulenta de la gestión de devolución de él o los bonos, será sancionada de acuerdo a lo establecido en el 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°
02-10-17	0210080	Patricia Espartero	63783741e

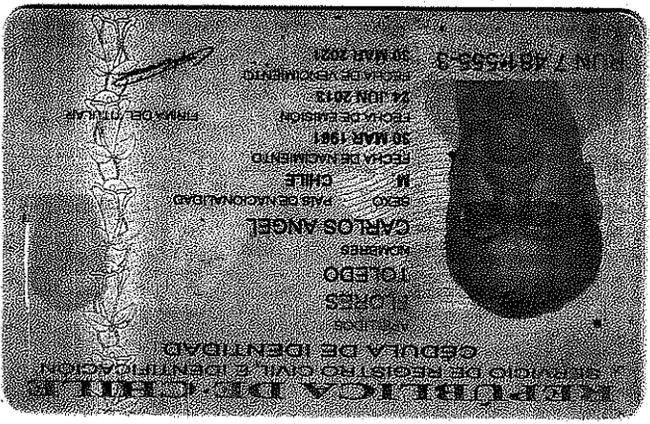


**BAS POR RUT BENEFICIARIO**

RUT BENEFICIARIO : 0007481555-3 FLORES TOLEDO CARLOS ANGEL  
 FECHA : 24-09-2017 al 01-10-2017

Fecha Emisión	Folio BAS	Estado	Estadn De Pago	Folio PAS	Rut Prestador	Código Prestación	Rec. Hora	Item Nivel	Valor Copago	Valor Total	Código Sucursal	Rut Cajero	Tipo Bono
27-09-2017	349080045	Emitido		0	0076320642-4	0101301	1 S	0 3	5.590	13.980	0210048	0017735728-6	LIN

TOTAL 1 5.590 13.980



REPÚBLICA DE CHILE  
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION

SECRETARIA DE IDENTIDAD

FECHA DE EMISION

10 MAR 1981

FECHA DE NACIMIENTO

14 JUN 2013

FECHA DE REGISTRO

10 MAR 2021

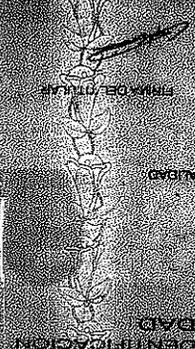
CARLOS ANGEL

CHILE

SEXO

PARACONJUGAL

ESTADO DE MATRIMONIO





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

**N° : 349080045  
\*\*\* COPIA \*\*\***

FECHA EMISION : 27/09/2017	RUT AFILIADO : 7481555-3
RUT BENEFICIARIO : 7481555-3	NOMBRE BENEFICIARIO : CARLOS ANGEL FLORES TOLEDO
DIRECCION : FELIX CONTRERAS 1425	GRUPO INGRESO : C
EDAD BENEFICIARIO : 56	SEXO BENEFICIARIO : M
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR	
0101301	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	3	N	0	1	13.980	8.390	0	5.590	
<b>FORMA DE PAGO</b>						<b>TOTALES</b>	<b>13.980</b>	<b>8.390</b>	<b>0</b>	<b>5.590</b>
EFFECTIVO	5.590									

PROFESIONAL/INSTITUCION : 76320642-4 SOCIEDAD MEDICA CARDIOLOGICA OLYMPIA LTD      NIVEL : 3  
 MEDICO TRATANTE :      FECHA ATENCION : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 MEDICO SOLICITANTE :



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

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

CAJERO : 17735728-6      SUCURSAL : 0210048      HORA EMISION : 08:56:00

**N° : 349080045  
\*\*\* COPIA \*\*\***