



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**

RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4058/2017

MAT.: Autoriza devolución de copago por extravío de B.A.S.
ANTOFAGASTA, 15/12/2017

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 **Alex Patricia Henríquez Aguilar**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **350845498**, ascendente a la suma de \$12.080.- (Doce mil ochenta 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 **\$12.080.-**, correspondiente al co-pago efectuado por la requirente ya individualizada, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Vallenar 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 VALLENAR
SUBDPTO. DE GEST. TERRITORIAL
SECCION OFICINA DE PARTES
DIRECCION ZONAL NORTE

18/12/2017

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 : 350845498 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 17844189-5	HENRIQUEZ AGUILAR ALEX DANIZA PATRICIA		
BENEFICIARIO	: 17844189-5	HENRIQUEZ AGUILAR ALEX DANIZA PATRICIA		
PRESTADOR	:			
INSTITUCION	: 78054958-4	SOCIEDAD OSSANDON Y MARQUEZ LIMITADA		
CODIGO SUCURSAL	: 0310089	FECHA EMISION	: 04-12-2017	ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 12350010-5	NIVEL	: 3	
FOLIO PAS	: 0	N° PRESTAMO	:	
FORMA PAGO	: DEBITO - C�D AUT : 059907			

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	: 04/12/2017 13:09	NRO AUDITORIA	: BONO-P2D3-BVLX-SGUA	
RUT COMPRADOR	: 17844189-5	COMPRADOR	: ALEX DANIZA PATRICIA HENRIQUEZ AGUILAR	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO		RECARGO		VALOR	VALOR
PRESTACION	CANTIDAD	HORA	ITEM	COPAGO	TOTAL
0303031	1	N	0	12.080	17.570
TOTALES			1	12.080	17.570



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

AFILIADO (Nombres y apellidos) Alex Henríquez Aguilár	RUN N° 17644189-5
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos) ALEX DANIZA HENRIQUEZ	RUN N° 17644189-5
DOMICILIO AIOLOW OBS	TELEFONO 968749977
SUCURSAL EMISORA DEL BAS JALLENDR	CODIGO SUCURSAL 0310068
N° PROGRAMA N° PRESTAMO	FECHA DE EMISION 04/12/17

BAS EXTRAVIADOS			
350845438			

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 12-12-17, doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$ 12.080, 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°
12-12-2017	Jallendr	REGINA FUENTES	18900778-4



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° : 350845498
***** COPIA *****

FECHA EMISION : 04/12/2017 RUT AFILIADO : 17644189-5
RUT BENEFICIARIO : 17644189-5 NOMBRE BENEFICIARIO : ALEX DANIZA PATRICIA HENRIQUEZ AGUIL
DIRECCION : LLANOS DE CHALLES #166 GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 27 SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA : Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0303031	INSULINA, CURVA DE (MINIMO DOS	3	N	0	1	17.570	5.490	0	12.080

FORMA DE PAGO DEBITO 12.080 DEBITO - AUT : 059907 **TOTALES 17.570 5.490 0 12.080**

PROFESIONAL/INSTITUCION : 76054958-4 SOCIEDAD OSSANDON Y MARQUEZ LIMITADA NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 12350010-5

SUCURSAL : 0310069

HORA EMISION : 12:13:49

N° : 350845498
***** COPIA *****

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 350845498

TIPO EMISION : Venta Directa

I. DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 0017644189-5 ALEX DANIZA PATRICIA HENRIQUEZ AGUILAR
 BENEFICIARIO : 0017644189-5 HENRIQUEZ AGUILAR ALEX DANIZA PATRICIA
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0076054958-4 SOCIEDAD OSSANDON Y MARQUEZ LIMITADA
 CODIGO SUCURSAL : 0310069 FECHA EMISION : 04-12-2017 ESTADO: Emitido
 RUT CAJERO : 0012350010-5 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
0303031	1	N	0	12.080	17.570

PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
TOTALES	1	17.570