



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**

RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4059/2017

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 Don (a) **Manuel Candia Julio**, C.I. N° [REDACTED], para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **350877128**, 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 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

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)		RUN N°
Manuel Eduardo Candia Julio		7494.820-0
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos)		RUN N°
CASA ESTHER LUNA LARRAÍN		9.920.533-4
DOMICILIO		TELEFONO
C. Apaso # 205B		79712807
SUCURSAL EMISORA DEL BAS		CODIGO SUCURSAL
Alto Hospicio		011006-K
N° PROGRAMA	N° PRESTAMO	FECHA DE EMISION
		5/12/2017
BAS EXTRAVIADOS		
350877120		

Por el presente instrumento vengo a informar que él, o los documentos mencionados anteriormente fueron EXTRAVIADO, y tampoco han sido utilizado 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....., 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° 7.494.820-0

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°
13/12/2017	Alto Hospicio	Enika Luna Castro	120366091





FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° : 350877128
*** COPIA ***

FECHA EMISION : 05/12/2017
RUT BENEFICIARIO : 9920533-4
DIRECCION : PAPOSO 2858
EDAD BENEFICIARIO : 54
Nro PROGRAMA :
RUT AFILIADO : 7494820-0
NOMBRE BENEFICIARIO : ROSA ESTHER RIVAS LARRAIN
GRUPO INGRESO : B
SEXO BENEFICIARIO : F
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 EFECTIVO 12.510 **TOTALES** 20.020 7.510 0 12.510

PROFESIONAL/INSTITUCION : 6486533-1 GALAZ DIAZ SERGIO HUMBERTO
MEDICO TRATANTE :
MEDICO SOLICITANTE :

NIVEL : 3
FECHA ATENCION : ___/___/___



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 12836609-1

SUCURSAL : 011006K

HORA EMISION : 09:32:58

N° : 350877128
*** COPIA ***

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 350877128

TIPO EMISION : Venta Directa

I. DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 0007494820-0 MANUEL EDUARDO CANDIA JULIO
 BENEFICIARIO : 0009920533-4 RIVAS LARRAÍN ROSA ESTHER
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0006486533-1 GALAZ DIAZ SERGIO HUMBERTO
 CODIGO SUCURSAL : 011006K FECHA EMISION : 05-12-2017 ESTADO: Emitido
 RUT CAJERO : 0012836609-1 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	12.510	20.020