



**FONASA NORTE  
DIRECCION ZONAL NORTE**



**RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4109/2017**

**MAT.:** Autoriza devolución de copago por extravío de B.A.S.  
**ANTOFAGASTA, 19/12/2017**

**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 **Marco Baldeon Herrera**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **350348345**, 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 Antofagasta devolverá al beneficiario ya individualizado, la suma antes indicada por concepto de co-pago.

**"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 : 350348345 TIPO EMISION : Venta Directa

**DATOS DE LA VENTA**

AFILIADO	: 24425930-8	BALDEON HERRERA MARCO NICOLAS		
BENEFICIARIO	: 24425930-8	BALDEON HERRERA MARCO NICOLAS		
PRESTADOR	:			
INSTITUCION	: 77954520-2	SOC.PROF. EDMUNDO ZIEDE Y CIA LTDA.		
CODIGO SUCURSAL	: 0210048	FECHA EMISION	: 14-11-2017	ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 17735728-6	NIVEL	: 3	
FOLIO PAS	: 0	N° PRESTAMO	:	
FORMA PAGO	: EFECTIVO			

**DATOS DE LA DEVOLUCION**

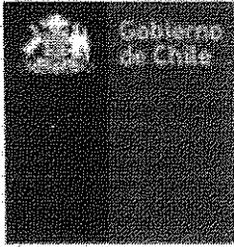
CODIGO SUCURSAL	:	FECHA DEVOLUCION	:	
RUT CAJERO	:	MONTO EFECTIVO	:	MONTO :
RUT TRAMITADOR	:	NOM. TRAMITADOR	:	PRESTAMO :

**DATOS DEL PAGO**

ESTADO	:	FECHA PAGO	:	
N° SOBRE	: 0	N° CAJA	: 0	
FECHA COMPRA	: 14/11/2017 14:15	NRO AUDITORIA	: BONO-P0D1-PA4J-Q4NW	
RUT COMPRADOR	: 24425930-8	COMPRADOR	: MARCO NICOLAS BALDEON HERRERA	

**DETALLE PRESTACIONES**

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0101311	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: MARCO BALDEON HERNANDEZ RUT: 24425.9308

ASEGURADO: MARCO BALDEON HERNANDEZ RUT: 24425.9308

DOMICILIO: CAMPAN. LOS CHILENOS VILLOSA TELEFONO: 982092795  
CASA 55.

SUCURSAL EMISORA DEL BAS: ANTOFAGASTA CODIGO SUCURSAL: 0210048

Nº PROGRAMA	Nº PRESTAMO	FECHA EMISION

BAS EXTRAVIADO

<u>350348345</u>		

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

Por tanto con fecha 11/12/17 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.

[Firma]  
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:

11/12/17      0210048              



CEÐULA DE IDENTIDAD  
EXTRANJERO

REPUBLICA DE CHILE  
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION

APellidos  
BALDEON  
HERRERA

Nombres  
MARCO NICOLAS

NACIONALIDAD  
PER

SEXO  
M

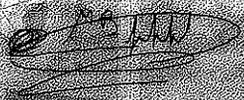
FECHA DE NACIMIENTO  
02 MAR 1985

IDENTIFICACION  
200-652-755

FECHA DE EMISION  
24 MAYO 2016

FECHA DE VENCIMIENTO  
13 MAYO 2021

RUN 24.425.930-8





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

**N° : 350348345**  
**\*\*\* COPIA \*\*\***

FECHA EMISION : 14/11/2017 RUT AFILIADO : 24425930-8  
RUT BENEFICIARIO : 24425930-8 NOMBRE BENEFICIARIO : MARCO NICOLAS BALDEON HERRERA  
DIRECCION : PSJE. ENRIQUE VILLEGAS 849 PO GRUPO INGRESO : D  
EDAD BENEFICIARIO : 29 SEXO BENEFICIARIO : M  
Nro PROGRAMA : Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101311	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 : 77954520-2 SOC.PROF. EDMUNDO ZIEDE Y CIA LTDA. NIVEL : 3  
MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : \_ / \_ / \_  
MEDICO SOLICITANTE :



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

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

CAJERO : 17735728-6

SUCURSAL : 0210048

HORA EMISION : 11:15:22

**N° : 350348345**  
**\*\*\* COPIA \*\*\***