



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4110/2017

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 Doña **Rosa Martínez Arredondo**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **349939387**, ascendente a la suma de \$12.510.- (Doce mil quinientos diez 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 **\$12.510.-**, correspondiente al co-pago efectuado por la requirente ya individualizada, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Antofagasta 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 ANTOFAGASTA
SUBDPTO. DE GEST. TERRITORIAL
SECCION OFICINA DE PARTES
DIRECCION ZONAL NORTE



DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 349939387 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 6577950-1	MARTÍNEZ ARREDONDO ROSA ELENA
BENEFICIARIO	: 6577950-1	MARTÍNEZ ARREDONDO ROSA ELENA
PRESTADOR	:	
INSTITUCION	: 78799390-7	PRESTACIONES NEUROLOGICAS IBANEZ Y COMPA
CODIGO SUCURSAL	: 0210048	FECHA EMISION : 30-10-2017 ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 12614087-8	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	: 30/10/2017 16:03	NRO AUDITORIA	: BONO-P0CY-FWMK-VAAH	
RUT COMPRADOR	: 6577950-1	COMPRADOR	: ROSA ELENA MARTÍNEZ ARREDONDO	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0101209	1	N	0	12.510	20.020
TOTALES			1	12.510	20.020



SOLICITUD DE DEVOLUCION DE BAS
DECLARACION JURADA

AFILIADO RUT
 Rosa Montenegro Arredondo 6.577.950-1

ASEGURADO: RUT:
 Rosa Montenegro Arredondo 6.577.950-1

DOMICILIO: TELEFONO:
 Barrio Pochramme 1954 (Dpto. Austral) 232560

SUCURSAL EMISORA DEL BAS CODIGO SUCURSAL
 [] []

N° PROGRAMA	N° PRESTAMO	FECHA EMISION

BAS EXTRAVIADO

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 ____/____/____ doy aviso y solicito se me devuelva el monto del copago que asciende a la suma de \$ ____ - 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.

[Handwritten Signature]
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:



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° : 349939387
*** COPIA ***

FECHA EMISION : 30/10/2017	RUT AFILIADO : 6577950-1
RUT BENEFICIARIO : 6577950-1	NOMBRE BENEFICIARIO : ROSA ELENA MARTÍNEZ ARREDONDO
DIRECCION : LEONARDO DA VINCI 552 VI MEXIC	GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 70	SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101209	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 : 78799390-7 PRESTACIONES NEUROLOGICAS IBANEZ Y COMPA NIVEL : 3
 MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
 MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 12614087-8

SUCURSAL : 0210048

HORA EMISION : 15:46:50

N° : 349939387
*** COPIA ***



Este documento es para
Devir, para recuperar
Valor de chf. Bono Prestral-
o de depaente al que
debe otorgarse de la
Caja de

Auto poste 4 de Diciembre 2014