



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4205/2017

MAT.: Autoriza devolución de copago por extravío de B.A.S.
ANTOFAGASTA, 22/12/2017

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 **Luis Valderrama Carvajal**, C.I. N° [REDACTED], para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente a los B.A.S. Folios N° **348987377, 348987378 y 348987379**, ascendente a la suma de \$144.800.- (Ciento cuarenta y cuatro mil ochocientos pesos),
2. La declaración jurada efectuada por el solicitante en relación al extravío del original de los BAS ya singularizados, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. Autorízase la devolución de la suma de **\$144.800.-**, correspondiente al co-pago efectuado por el requirente ya individualizado, por la adquisición de los BAS indicados.
2. La Sucursal Antofagasta 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 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





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

AFILIADO (Nombres y apellidos) LUIS VALDELLAMA CALVAJAL	RUN N° 11.613.912-12
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos) NATHALY VALDELLAMA JARA	RUN N° 18.798.493-2
DOMICILIO CALBUCO 5873	TELEFONO 62070168
SUCURSAL EMISORA DEL BAS ANTOFAGASTA	CODIGO SUCURSAL 0210048
N° PROGRAMA N° PRESTAMO 63433213	FECHA DE EMISION

BAS EXTRAVIADOS			
348987377	AL	348987381	

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 24-11-2017, doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$ 158.080, 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

x ValdeLLama
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°
	ANTOF		

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPUBLICA DE CHILE
SERVICIO ELECTRONICO DE IDENTIFICACION



APPELLIDO VALDERRAMA
NOMBRE NATHALY NICOL
NACIONALIDAD CHILENA

FECHA DE EMISION 21 OCT 2008
FECHA DE VENCIMIENTO 21 OCT 2019

102 142 874

16 MAYO 2014

RUN 19 396 434-2



PROGRAMA DE ATENCIÓN DE SALUD

Nº 63453213



MODALIDAD : Libre Eleccion

TIPO PROGRAMA : Medicina

DATOS ASEGURADO

RUT AFILIADO : 11613912-K	NOMBRE : LUIS RIGOBERTO VALDERRAMA CARVAJAL	GRUPO DE INGRESO : B
DIRECCION : AYSEN 6329	TELEFONO :	
RUT PACIENTE : 19398493-2	NOMBRE : NATHALY NICOL VALDERRAMA JARA	EDAD : 20 SEXO : F Nº C. : 0

ESTABLECIMIENTO

RUT ESTABLECIMIENTO : 95432000-6	GR NIVEL : 0	NOMBRE : CENTRO MEDICO ANTOFAGASTA S.A.
FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO	DESDE : 26/09/2017	HASTA : 27/09/2017 Nº DIAS : 1

PROFESIONAL

NOMBRE PROFESIONAL TRATANTE : VICUÑA BLANCO LTDA.
R.U.T. PROFESIONAL : 76023654-3 GR NIVEL : 3

DIAGNOSTICO

NIVEL 1er CIRUJANO : 3 RECARGO : N

INTERVENCIÓN QUIRURGICA

CODIGO PRESTACION	% COBRO	RUT	ITM	DESCRIPCIÓN	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
2003012	100	76023654-3	1	1er. CIRUJANO	85.208	136.336	93.736
			2	ANESTESISTA (MISMO 1er. CIRUJANO)			
		10254911-2	3	ANESTESISTA OTRO PROFESIONAL	25.110	40.180	27.630
		14206521-5	4	2er. CIRUJANO	21.302	34.084	23.434
			5	3er. CIRUJANO			
		6	4er. CIRUJANO				
		7	5er. CIRUJANO				
		95432000-6	8	PABELLON	20.290	20.290	10.150
SUB TOTAL \$:					151.910	230.890	154.950

OTRAS PRESTACIONES

NIV	CODIGO PRESTACION	CAN	HOR	PRESTACION	RUT PRESTADOR	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
3	0202114	1	N	DIA CAMA DE HOSPITALIZACION OBSTE	95432000-6	6.260	6.260	3.130
SUB TOTAL \$:						6.260	6.260	3.130
TOTAL \$:						6.260	6.260	3.130

INFORMESE AL 600 360 3000

FINANCIAMIENTO

COSTO TOTAL	\$	237.150
APORTE FONDO NACIONAL DE SALUD	\$	79.070
A PAGAR BENEFICIARIO	\$	158.080
MONTO PRESTAMO	\$	53.403
EFFECTIVO A PAGO BENEFICIARIO	\$	104.677

CERTIFICADO PRESTAMO Nº :

Nº PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS :

FUNDAMENTO MEDICO TRATANTE :

EMISOR

RUT VALORIZADOR : 12614087-8
NOMBRE : NATALIA ANDREA ESTAY HIDALGO
CODIGO SUCURSAL : 0210048 FECHA EMISIÓN : 25/09/2017
NOMBRE : T.L.ANTOFAGASTA

MONTO DE PRESTAMO A OPTAR \$: 53.403

MONTO DIRECTO A PAGAR ASEGURADO \$: 104.677



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

N° : 348987377
*** COPIA ***

FECHA EMISION : 25/09/2017	RUT AFILIADO : 11613912-K
RUT BENEFICIARIO : 19398493-2	NOMBRE BENEFICIARIO : NATHALY NICOL VALDERRAMA JARA
DIRECCION : AYSEN 6329	GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 21	SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA : 63.453.213	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
2003012	CONIZACION Y/O AMPUTACION DEL	3	N	3	1	40.180	12.550	0	27.630

FORMA DE PAGO EFECTIVO	158.080	TOTALES	40.180	12.550	0	27.630
------------------------	---------	----------------	---------------	---------------	----------	---------------

PROFESIONAL/INSTITUCION : 10254911-2 OLIVA FLORES PEDRO ANTONIO	NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE :	FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :	



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 12614087-8 SUCURSAL : 0210048 HORA EMISION : 11:58:28

N° : 348987377
*** COPIA ***



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

**N° : 348987378
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 25/09/2017	RUT AFILIADO : 11613912-K
RUT BENEFICIARIO : 19398493-2	NOMBRE BENEFICIARIO : NATHALY NICOL VALDERRAMA JARA
DIRECCION : AYSEN 6329	GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 21	SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA : 63.453.213	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
2003012	CONIZACION Y/O AMPUTACION DEL	3	N	4	1	34.084	10.650	0	23.434

FORMA DE PAGO EFECTIVO	158.080	TOTALES	34.084	10.650	0	23.434
------------------------	---------	----------------	---------------	---------------	----------	---------------

PROFESIONAL/INSTITUCION : 14206521-5 SALGADO MARTINEZ KARIN ELIZABETH NIVEL : 3
 MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
 MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 12614087-8 SUCURSAL : 0210048 HORA EMISION : 11:58:28

**N° : 348987378
*** COPIA *****



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

**N° : 348987379
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 25/09/2017	RUT AFILIADO : 11613912-K
RUT BENEFICIARIO : 19398493-2	NOMBRE BENEFICIARIO : NATHALY NICOL VALDERRAMA JARA
DIRECCION : AYSEN 6329	GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 21	SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA : 63.453.213	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
2003012	CONIZACION Y/O AMPUTACION DEL	3	N	1	1	136.336	42.600	0	93.736

FORMA DE PAGO	TOTALES	136.336	42.600	0	93.736
EFFECTIVO	158.080				

PROFESIONAL/INSTITUCION : 76023654-3 VICUÑA BLANCO LTDA.	NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE :	FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :	



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 12614087-8 SUCURSAL : 0210048 HORA EMISION : 11:58:28

**N° : 348987379
*** COPIA *****



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

**N° : 348987380
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 25/09/2017	RUT AFILIADO : 11613912-K
RUT BENEFICIARIO : 19398493-2	NOMBRE BENEFICIARIO : NATHALY NICOL VALDERRAMA JARA
DIRECCION : AYSEN 6329	GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 21	SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA : 63.453.213	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
2003012	CONIZACION Y/O AMPUTACION DEL	1	N	8	1	20.290	10.140	0	10.150

FORMA DE PAGO EFECTIVO	158.080	TOTALES	20.290	10.140	0	10.150
------------------------	---------	----------------	---------------	---------------	----------	---------------

PROFESIONAL/INSTITUCION : 95432000-6 CENTRO MEDICO ANTOFAGASTA S.A.
 MEDICO TRATANTE :
 MEDICO SOLICITANTE :

NIVEL : 1
 FECHA ATENCION : ___/___/___



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 12614087-8

SUCURSAL : 0210048

HORA EMISION : 11:58:28

**N° : 348987380
*** COPIA *****



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

**N° : 348987381
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 25/09/2017	RUT AFILIADO : 11613912-K
RUT BENEFICIARIO : 19398493-2	NOMBRE BENEFICIARIO : NATHALY NICOL VALDERRAMA JARA
DIRECCION : AYSEN 6329	GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 21	SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA : 63.453.213	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0202114	DIA CAMA DE HOSPITALIZACION OB	3	N	0	1	6.260	3.130	0	3.130

FORMA DE PAGO	TOTALES	6.260	3.130	0	3.130
EFFECTIVO 158.080					

PROFESIONAL/INSTITUCION : 95432000-6 CENTRO MEDICO ANTOFAGASTA S.A. NIVEL : 3
 MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
 MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 12614087-8 SUCURSAL : 0210048 HORA EMISION : 11:58:28

**N° : 348987381
*** COPIA *****

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 348987380 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 11613912-K	VALDERRAMA CARVAJAL LUIS RIGOBERTO
BENEFICIARIO	: 19398493-2	VALDERRAMA JARA NATHALY NICOL
PRESTADOR	:	
INSTITUCION	: 95432000-6	CENTRO MEDICO ANTOFAGASTA S.A.
CODIGO SUCURSAL	: 0210048	FECHA EMISION : 25-09-2017 ESTADO : Emitido
RUT CAJERO	: 12614087-8	NIVEL : 1
FOLIO PAS	: 63453213	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	: PAGADO	FECHA PAGO	: 28-11-2017
N° SOBRE	: 71681196	N° CAJA	: 4.608
FECHA COMPRA	: 25/09/2017 14:41	NRO AUDITORIA	: BONO-P9CV-KGVQ-751Q
RUT COMPRADOR	: 19398493-2	COMPRADOR	: NATHALY NICOL VALDERRAMA JARA

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
2003012	1	N	8	10.150	20.290
TOTALES			1	10.150	20.290

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 348987381 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 11613912-K	VALDERRAMA CARVAJAL LUIS RIGOBERTO		
BENEFICIARIO	: 19398493-2	VALDERRAMA JARA NATHALY NICOL		
PRESTADOR	:			
INSTITUCION	: 95432000-6	CENTRO MEDICO ANTOFAGASTA S.A.		
CODIGO SUCURSAL	: 0210048	FECHA EMISION	: 25-09-2017	ESTADO : Emitido
RUT CAJERO	: 12614087-8	NIVEL	: 3	
FOLIO PAS	: 63453213	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	: PAGADO	FECHA PAGO	: 28-11-2017	
N° SOBRE	: 71681196	N° CAJA	: 4.608	
FECHA COMPRA	: 25/09/2017 14:41	NRO AUDITORIA	: BONO-P9CV-KGVQ-751Q	
RUT COMPRADOR	: 19398493-2	COMPRADOR	: NATHALY NICOL VALDERRAMA JARA	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0202114	1	N	0	3.130	6.260
TOTALES			1	3.130	6.260