



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4221/2017

MAT.: Autoriza devolución de copago por extravío de B.A.S.
ANTOFAGASTA, 26/12/2017

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 **Domitila Pardo Suazo**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **351155307**, ascendente a la suma de \$5.940.- (Cinco mil novecientos cuarenta 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 **\$5.940.-**, correspondiente al co-pago efectuado por la requirente ya individualizada, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Tarapacá 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)
CENTRO DE GEST. REGIONAL TARAPACA
SUCURSAL IQUIQUE
SUBDPTO. DE GEST. TERRITORIAL
SECCION OFICINA DE PARTES
DIRECCION ZONAL NORTE



FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 351165307 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 10725470-6 PARDO SUAZO DOMITILA ROSARIO
BENEFICIARIO : 10725470-6 PARDO SUAZO DOMITILA ROSARIO
PRESTADOR :
INSTITUCION : 6437312-9 SAEZ SAEZ LUIS ROBERTO
CODIGO SUCURSAL : 0110051 FECHA EMISION : 18-12-2017 ESTADO : Bloqueado (Blok)
RUT CAJERO : 15686575-8 NIVEL : 3
FOLIO PAS : 0 N° PRESTAMO :
FORMA PAGO : EFECTIVO

DATOS DE LA DEVOLUCION

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

DATOS DEL PAGO

ESTADO : FECHA PAGO :
N° SOBRE : 0 N° CAJA : 0
FECHA COMPRA : 18/12/2017 09:32 NRO AUDITORIA : BONO-P0D4-GEA8-87AL
RUT COMPRADOR : 8166667-9 COMPRADOR : RAÚL ANTONIO ZAMORA VARGAS

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0101001	1	N	0	5.940	11.390
TOTALES			1	5.940	11.390



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

AFILIADO (Nombres y apellidos)		RUN N°
DOMITILA PANDO SUAZO		10.725.470-6
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos)		RUN N°
DOMITILA PANDO SUAZO		10.725.470-6
DOMICILIO		TELEFONO
Las Llanquayos 2816 - Ipp.		98361210
SUCURSAL EMISORA DEL BAS		CODIGO SUCURSAL
Iquique		011005-1
N° PROGRAMA	N° PRESTAMO	FECHA DE EMISION
		18/12/17.

BAS EXTRAVIADOS			
351155307			

Por el presente instrumento vengo a informar que él, o los documentos mencionados anteriormente fueron ^{ELIMINADO}....., y tampoco han sido utilizados como medios de pagos a prestadores, o devueltos en alguna sucursal de FONASA.

Por tanto con fecha ^{19/12/17}....., doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$....., 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 manuscrita]
FIRMA AFILIADO

Autorizo a Don/a	RUN N°
PAUL ZAMORA VARGAS	8.166.667-9

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°
21-12-17	Iquique	Diego Hugo Ojeda	10.051.349-7





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

**N° : 351155307
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 18/12/2017	RUT AFILIADO : 10725470-6
RUT BENEFICIARIO : 10725470-6	NOMBRE BENEFICIARIO : DOMITILA ROSARIO PARDO SUAZO
DIRECCION : LOS LICHIGUAYOS 2816	GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 52	SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101001	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	3	N	0	1	11.390	5.450	0	5.940

FORMA DE PAGO EFECTIVO	5.940	TOTALES	11.390	5.450	0	5.940
------------------------	-------	----------------	---------------	--------------	----------	--------------

PROFESIONAL/INSTITUCION : 6437312-9 SAEZ SAEZ LUIS ROBERTO
 MEDICO TRATANTE :
 MEDICO SOLICITANTE :
 NIVEL : 3
 FECHA ATENCION : ___/___/___



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 15685575-8 SUCURSAL : 0110051 HORA EMISION : 12:14:05

**N° : 351155307
*** COPIA *****

DETALLE DE BÁS

FOLIO BAS : 351155307

TIPO EMISION : Venta Directa

I. DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 0010725470-6 DOMITILA ROSARIO PARDO SUAZO
 BENEFICIARIO : 0010725470-6 PARDO SUAZO DOMITILA ROSARIO
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0006437312-9 SAEZ SAEZ LUIS ROBERTO
 CODIGO SUCURSAL : 0110051 FECHA EMISION : 18-12-2017 ESTADO: Emitido
 RUT CAJERO : 0015685575-8 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
0101001	1	N	0	5.940	11.390

	PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
TOTALES	1	5.940	11.390