



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4233/2017

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 **KARLA ROJAS GUERRA**, C.I. N° [REDACTED], para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **350184128**, ascendente a la suma de \$7.960.- (Siete mil novecientos sesenta 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 **\$7.960.-**, correspondiente al co-pago efectuado por la requirente ya individualizada por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Arica-Parinacota 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 ARICA Y PARINACOTA
SUBDPTO. DE GEST. TERRITORIAL

27/12/2017

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





SOLICITUD DE DEVOLUCION DE BAS
DECLARACION JURADA

AFILIADO (Nombres y Apellidos)	RUN N°	
KARINA ROJAS GUERRA	15.007.409.6.	
ASEGURADO: (Nombres y Apellidos)	RUN N°	
MARCO A. LETINIC ROJAS	23613433-4	
DOMICILIO:	TELEFONO:	
SUCRE 3760	954031852	
SUCURSAL EMISORA DEL BAS	CODIGO SUCURSAL	
IPS	0162523	
N° PROGRAMA	N° PRESTAMO	FECHA EMISION

BAS EXTRAVIADO			
350184128			

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

Por tanto con fecha 21/12/17 doy aviso y solicito se me devuelva el monto del copago que asciende a la suma de \$ 3760 - 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:	RUN N°:

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	RUN N°:
21-12-17	Quico	JANYA ORTEGA	16.771.780-2

CÉDULA DE IDENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION



APELLIDOS
ROJAS
GUERRA

NOMBRES
KARLA ELENA

NACIONALIDAD
CHILENA

SEXO
F

FECHA DE NACIMIENTO
22 OCT 1982

NÚMERO DOCUMENTO
109.970.450

FECHA DE EMISIÓN
12 OCT 2016

FECHA DE VENCIMIENTO
22 OCT 2022

FIRMA DEL TITULAR

RUN 15.007.409-6



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° : 350184128
***** COPIA *****

FECHA EMISION : 08/11/2017 RUT AFILIADO : 15007409-6
RUT BENEFICIARIO : 23613433-4 NOMBRE BENEFICIARIO : MARCO ANTONIO LEFIMIL ROJAS
DIRECCION : GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 6 SEXO BENEFICIARIO : M
Nro PROGRAMA : Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0902001	CONSULTA PSICOLOGO CLINICO (SE	3	N	0	1	11.570	3.610	0	7.960

FORMA DE PAGO EFECTIVO 7.960 **TOTALES 11.570 3.610 0 7.960**

PROFESIONAL/INSTITUCION : 15979912-3 MEDEL BUSTAMANTE JENIFFER PAULINA NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 15974863-4 SUCURSAL : 0162523 HORA EMISION : 10:22:03

N° : 350184128
***** COPIA *****

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 350184128

TIPO EMISION : Venta Directa

I. DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 0015007409-6 KARLA ELENA ROJAS GUERRA
 BENEFICIARIO : 0023613433-4 LEFIMIL ROJAS MARCO ANTONIO
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0015979912-3 MEDEL BUSTAMANTE JENIFFER PAULINA
 CODIGO SUCURSAL : 0162523 FECHA EMISION : 08-11-2017 ESTADO: Bloqueado (Bloq)
 RUT CAJERO : 0015974863-4 NIVEL : 3
 FOLIO PAS : 0 N° PRESTAMO :
 FORMA PAGO : EFECTIVO

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
0902001	1	N	0	7.960	11.570

PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
TOTALES	1	7.960