



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**

RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4251/2017

MAT.: Autoriza devolución de copago por extravío de B.A.S.
ANTOFAGASTA, 27/12/2017

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 **Nelson Charrier Vergara**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **314486843**, ascendente a la suma de \$12.940.- (Doce mil novecientos cuarenta 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 **\$12.940.-**, correspondiente al co-pago efectuado por el requirente ya individualizado, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Vallenar 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 VALLENAR
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) Nelson Andrés Chávez Vergara		RUN N° 16.391.534-0
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos) Nelson Andrés Chávez Vergara		RUN N° 16.391.534-0
DOMICILIO Acuña 965		TELEFONO 8-75354343
SUCURSAL EMISORA DEL BAS Valleparaiso		CODIGO SUCURSAL VALLENAR
N° PROGRAMA	N° PRESTAMO	FECHA DE EMISION

BAS EXTRAVIADOS				
314486893				

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

Por tanto con fecha 15-12-2017..., doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$ 12.840..., de la misma forma declaro conocer que la utilización indebida o fraudulenta de la gestión de devolución de él o los bonos, será sancionada de acuerdo a lo establecido en el Código Penal

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°
15-12-2017	VALLENAR	AGENCIA FUERTE	12.074.773-4





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

**N° : 314486843
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 17/04/2014	RUT AFILIADO : 16391534-0
RUT BENEFICIARIO : 16391534-0	NOMBRE BENEFICIARIO : NELSON ANDRE CHARRIE VERGARA
DIRECCION : ACONCAGUA 985	GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 31	SEXO BENEFICIARIO : M
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
1301003	NASOFARINGOLARINGOFIBROSCOPIA	3	N	0	1	18.820	5.880	0	12.940

FORMA DE PAGO	TOTALES				18.820	5.880	0	12.940
EFFECTIVO	12.940							

PROFESIONAL/INSTITUCION : 10610599-5 GOMEZ VANDER - STELT CESAR MAURICIO NIVEL : 3
 MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
 MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 15885885-1 SUCURSAL : 0310069 HORA EMISION : 13:08:49

**N° : 314486843
*** COPIA *****

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 314486843

TIPO EMISION : Venta Directa

I. DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 0016391534-0 NELSON ANDRE CHARRIE VERGARA
 BENEFICIARIO : 0016391534-0 CHARRIE VERGARA NELSON ANDRE
 PRESTADOR : 0010610599-5 GOMEZ VANDER - STELT CESAR MAURICIO
 INSTITUCION :
 CODIGO SUCURSAL : 0310069 FECHA EMISION : 17-04-2014 ESTADO: Emitido
 RUT CAJERO : 0015885885-1 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
1301003	1	N	0	12.940	18.820

	PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
TOTALES	1	12.940	18.820

FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 314486843 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 16391534-0	CHARRIE VERGARA NELSON ANDRE		
BENEFICIARIO	: 16391534-0	CHARRIE VERGARA NELSON ANDRE		
PRESTADOR	:			
INSTITUCION	: 10610599-5	GOMEZ VANDER - STELT CESAR MAURICIO		
CODIGO SUCURSAL	: 0310069	FECHA EMISION	: 17-04-2014	ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 15885885-1	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	: 17/04/2014 09:43	NRO AUDITORIA	: BONO-S39M-YKPM-6CKQ	
RUT COMPRADOR	: 16391534-0	COMPRADOR	: NELSON ANDRE CHARRIE VERGARA	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
1301003	1	N	0	12.940	18.820
TOTALES			1	12.940	18.820