



**FONASA NORTE  
DIRECCION ZONAL NORTE**



**RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4252/2017**

**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 (a) **Alejandro Miranda Sepúlveda**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **349418630**, ascendente a la suma de 12.510.- (Doce mil quinientos diez 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 **\$12.510.-**, correspondiente al co-pago efectuado por el requirente ya individualizado, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Plaza Norte 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 PLAZA NORTE  
SUBDPTO. DE GEST. TERRITORIAL  
SECCION OFICINA DE PARTES  
DIRECCION ZONAL NORTE



FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 349418630 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 8031439-8	MIRANDA SEPÚLVEDA ALEJANDRO DEL CARMEN		
BENEFICIARIO	: 8031439-8	MIRANDA SEPÚLVEDA ALEJANDRO DEL CARMEN		
PRESTADOR	:			
INSTITUCION	: 78560440-7	SOCIEDAD ALVAREZ Y CORNEJO LTDA		
CODIGO SUCURSAL	: 0210080	FECHA EMISION	: 11-10-2017	ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 15890842-8	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	: 11/10/2017 08:58	NRO AUDITORIA	: BONO-F2CW-V2NL-5DHV	
RUT COMPRADOR	: 8031439-8	COMPRADOR	: ALEJANDRO DEL CARMEN MIRANDA SEPÚLVEDA	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO	RECARGO	VALOR	VALOR
PRESTACION	CANTIDAD	HORA	ITEM
		COPAGO	TOTAL
0101311	1	N	0
		12.510	20.020
<b>TOTALES</b>		<b>1</b>	<b>12.510</b>
			<b>20.020</b>

E. 12.654 / 2017  
E. 32.393 / 2017



"Solicitud de devolución de BAS"  
Declaración Jurada

AFILIADO (Nombres y apellidos)  
HELENA ROSA

RUN N° 80314356

BENEFICIARIO (Nombres y apellidos)  
HELENA ROSA

RUN N°

DOMICILIO  
RIO DONIÑEZ 1468

TELEFONO 963593695  
543290

SUCURSAL EMISORA DEL BAS

CODIGO SUCURSAL 943190

N° PROGRAMA N° PRESTAMO

FECHA DE EMISION

BAS EXTRAVIADOS


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

Por tanto con fecha....., 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]  
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°



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

**N° : 349418629  
\*\*\* COPIA \*\*\***

FECHA EMISION : 11/10/2017	RUT AFILIADO : 8031439-6
RUT BENEFICIARIO : 8031439-6	NOMBRE BENEFICIARIO : ALEJANDRO DEL CARMEN MIRANDA SEPÚ
DIRECCION : RIO ONIGUE 1468 BONILLA ALTO	GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 62	SEXO BENEFICIARIO : M
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101311	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	3	N	0	1	20.020	7.510	0	12.510

FORMA DE PAGO	<b>TOTALES</b>	<b>20.020</b>	<b>7.510</b>	<b>0</b>	<b>12.510</b>
EFFECTIVO	25.020				

PROFESIONAL/INSTITUCION : 78560440-7 SOCIEDAD ALVAREZ Y CORNEJO LTDA. NIVEL : 3  
 MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 MEDICO SOLICITANTE :



\_\_\_\_\_  
FIRMA BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 15690842-8      SUCURSAL : 0210080      HORA EMISION : 09:40:51

**N° : 349418629  
\*\*\* COPIA \*\*\***



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

**N° : 349418630  
\*\*\* COPIA \*\*\***

FECHA EMISION : 11/10/2017	RUT AFILIADO : 8031439-6
RUT BENEFICIARIO : 8031439-6	NOMBRE BENEFICIARIO : ALEJANDRO DEL CARMEN MIRANDA SEPÚ
DIRECCION : RIO ONIGUE 1468 BONILLA ALTO	GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 62	SEXO BENEFICIARIO : M
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101311	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	3	N	0	1	20.020	7.510	0	12.510

FORMA DE PAGO	<b>TOTALES</b>	<b>20.020</b>	<b>7.510</b>	<b>0</b>	<b>12.510</b>
EFFECTIVO	25.020				

PROFESIONAL/INSTITUCION : 78560440-7 SOCIEDAD ALVAREZ Y CORNEJO LTDA. NIVEL : 3  
 MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 MEDICO SOLICITANTE :



\_\_\_\_\_  
FIRMA BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 15690842-8      SUCURSAL : 0210080      HORA EMISION : 09:40:51

**N° : 349418630  
\*\*\* COPIA \*\*\***

CÉDULA DE IDENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN



APPELLIDO

MIRANDA SEPULVEDA

NOMEN

ALEJANDRO DEL CARMEN

NACIONALIDAD

CHILENA

SEXO

M

FECHA DE NACIMIENTO

11 JUL 1985

NÚMERO DOCUMENTO

104 963 073

FECHA DE EMISIÓN

11 MAR 2015

FECHA DE VENCIMIENTO

11 JUL 2025

FIRMA DEL TITULAR

RUN 8.031.439-6