



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4262/2017

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) **Hugo Espejo Cortés**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **349545463**, ascendente a la suma de \$5.590.- (Cinco mil quinientos noventa 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 **\$5.590.-**, 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

28/12/2017

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2 y 3 de la Ley 19.799. Validar número de documento en www.fonasa.cl



FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 349545463 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

| | | | | |
|-----------------|-------------|-------------------------------|--------------|---------------------------|
| AFILIADO | : 6353855-8 | ESPEJO CORTÉS HUGO ANTONIO | | |
| BENEFICIARIO | : 6353855-8 | ESPEJO CORTÉS HUGO ANTONIO | | |
| PRESTADOR | : | | | |
| INSTITUCION | : 6589206-8 | COTORAS MATURANA JUAN ANTONIO | | |
| CODIGO SUCURSAL | : 0210080 | FECHA EMISION | : 16-10-2017 | ESTADO : Bloqueado (Bloq) |
| RUT CAJERO | : 9912064-9 | 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 | : 16/10/2017 10:22 | NRO AUDITORIA | : | BONO-P3CX-ADKT-F9UW |
| RUT COMPRADOR | : 6353855-8 | COMPRADOR | : | HUGO ANTONIO ESPEJO CORTÉS |

DETALLE PRESTACIONES

| CODIGO PRESTACION | CANTIDAD | RECARGO HORA | ITEM | VALOR COPAGO | VALOR TOTAL |
|-------------------|----------|--------------|----------|--------------|---------------|
| 0101301 | 1 | N | 0 | 5.590 | 13.980 |
| TOTALES | | | 1 | 5.590 | 13.980 |



~~E. 17654~~ / 2017
E. 32399 / 2017 ✓



"Solicitud de devolución de BAS"
Declaración Jurada

| | | |
|--|--------------------|------------------------------|
| AFILIADO (Nombres y apellidos) Hugo Enrique Cortes | | RUN N° 6353855-B. |
| BENEFICIARIO (Nombres y apellidos) | | RUN N° |
| DOMICILIO MITHOMSON 7435 | | TELEFONO 999920659 |
| SUCURSAL EMISORA DEL BAS | | CODIGO SUCURSAL |
| 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

[Handwritten Signature]
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° : 349545463
*** COPIA *****

| | |
|------------------------------|--|
| FECHA EMISION : 16/10/2017 | RUT AFILIADO : 6353855-8 |
| RUT BENEFICIARIO : 6353855-8 | NOMBRE BENEFICIARIO : HUGO ANTONIO ESPEJO CORTÉS |
| DIRECCION : THOMSPON 7435 | GRUPO INGRESO : D |
| EDAD BENEFICIARIO : 65 | SEXO BENEFICIARIO : M |
| Nro PROGRAMA : | Nro PRESTAMO : |

| CODIGO PRESTACION | DESCRIPCION | NIVEL | HORA | ITEM | CANTIDAD | VALOR TOTAL | VALOR BONIFICACION | APORTE SEG. COMP. | VALOR A PAGAR |
|-------------------|--------------------------------|-------|------|------|----------|-------------|--------------------|-------------------|---------------|
| 0101301 | CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA | 3 | N | 0 | 1 | 13.980 | 8.390 | 0 | 5.590 |

| | | | | | | |
|------------------------|-------|----------------|---------------|--------------|----------|--------------|
| FORMA DE PAGO EFECTIVO | 5.590 | TOTALES | 13.980 | 8.390 | 0 | 5.590 |
|------------------------|-------|----------------|---------------|--------------|----------|--------------|

| | |
|---|----------------------------------|
| PROFESIONAL/INSTITUCION : 6569206-6 COTORAS MATURANA JUAN ANTONIO | NIVEL : 3 |
| MEDICO TRATANTE : | FECHA ATENCION : ___ / ___ / ___ |
| MEDICO SOLICITANTE : | |



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 9912064-9 SUCURSAL : 0210080 HORA EMISION : 12:36:10

**N° : 349545463
*** COPIA *****

REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN
CÉDULA DE IDENTIDAD



APELLIDOS

ESPEJO

CORTES

NOMBRES

HUGO ANTONIO

SEXO PAIS DE NACIONALIDAD

M CHILE

FECHA DE NACIMIENTO

21 ABR 1992

FECHA DE EMISIÓN

17 ABR 2012

FECHA DE VENCIMIENTO

21 ABR 2021

FIRMA DEL TITULAR

RUN 6.353.855-8