



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4263/2017

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 Doña **María Cataldo Pizarro**, C.I. N° [REDACTED], para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **347409347**, ascendente a la suma de \$12.510.- (Doce mil quinientos diez 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 **\$12.510.-**, correspondiente al co-pago efectuado por la requirente ya individualizada, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Plaza Norte 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)
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 : 347409347 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 8742501-0	CATALDO PIZARRO MARÍA TERESA		
BENEFICIARIO	: 8742501-0	CATALDO PIZARRO MARÍA TERESA		
PRESTADOR	:			
INSTITUCION	: 3983490-2	ROCHA IMACA OSCAR HUGO		
CODIGO SUCURSAL	: 0210048	FECHA EMISION	: 28-07-2017	ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 13870824-9	NIVEL	: 3	
FOLIO PAS	: 0	N° PRESTAMO	:	
FORMA PAGO	: EFECTIVO			

DATOS DE LA DEVOLUCION

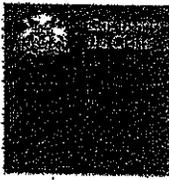
CODIGO SUCURSAL	:	FECHA DEVOLUCION	:	
RUT CAJERO	:	MONTO EFECTIVO	:	MONTO : PRESTAMO
RUT TRAMITADOR	:	NOM. TRAMITADOR	:	

DATOS DEL PAGO

ESTADO	:	FECHA PAGO	:	
N° SOBRE	: 0	N° CAJA	: 0	
FECHA COMPRA	: 28/07/2017 15:13	NRO AUDITORIA	: BONO-P8CQ-JTC7-P2HL	
RUT COMPRADOR	: 8742501-0	COMPRADOR	: MARÍA TERESA CATALDO PIZARRO	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO	RECARGO	VALOR	VALOR		
PRESTACION	CANTIDAD	HORA	ITEM	COPAGO	TOTAL
0101203	1	N	0	12.510	20.020
TOTALES			1	12.510	20.020



**"Solicitud de devolución de BAS"
Declaración Jurada**

AFILIADO (Nombres y apellidos) MARIA TERESA CATALANO P.	RUN N° 87425010
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos) MARIA TERESA CATALANO P.	RUN N° 87425010
DOMICILIO CL 000 7991	TELEFONO 93945195
SUCURSAL EMISORA DEL BAS ANTOFAGASTA	CODIGO SUCURSAL 0210098
N° PROGRAMA N° PRESTAMO	FECHA DE EMISION 7-9-2014

BAS EXTRAVIADOS			
37740437			

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

Por tanto con fecha 7-9-2014, doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$ 12.510, 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/AFILIAO

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°
07-08-2017	PIAZA NORTE	PATRICIA ESCOBAR	631934010

REPUBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN
CEDULA DE IDENTIDAD



APellidos
**CATALDO
PIZARRO**

Nombre
MARIA TERESA

SEXO PAIS DE NACIONALIDAD
F CHILE

FECHA DE NACIMIENTO
14 OCT 1988

FECHA DE EMISION
01 OCT 2007

FECHA DE VENCIMIENTO
14 OCT 2017

FIRMA DEL TITULAR



RUN 8.742.501-0



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

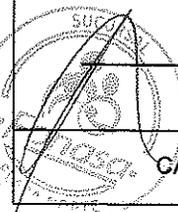
N° : 347409347
***** COPIA *****

FECHA EMISION : 26/07/2017	RUT AFILIADO : 8742501-0
RUT BENEFICIARIO : 8742501-0	NOMBRE BENEFICIARIO : MARIA TERESA CATALDO PIZARRO
DIRECCION : EL ORO 7991	GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 58	SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101203	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	N	0	1	20.020	7.510	0	12.510

FORMA DE PAGO		TOTALES	20.020	7.510	0	12.510
EFFECTIVO	18.100					

PROFESIONAL/INSTITUCION : 3963490-2 ROCHA IMACA OSCAR HUGO	NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE :	FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :	



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 13870624-9 SUCURSAL : 0210048 HORA EMISION : 13:16:48

N° : 347409347
***** COPIA *****