



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**



RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4266/2017

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 **Ibis Figueroa Ramírez**, C.I. N° [REDACTED], para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **351242612**, ascendente a la suma de \$5.940.- (Cinco mil novecientos cuarenta 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 **\$5.940.-**, correspondiente al co-pago efectuado por la requirente ya individualizada, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Tocopilla 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 TOCOPILLA
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 : 351242612 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 7277483-3	FIGUEROA RAMÍREZ IBIS ALEXIS		
BENEFICIARIO	: 7277483-3	FIGUEROA RAMÍREZ IBIS ALEXIS		
PRESTADOR	:			
INSTITUCION	: 78111748-3	SOC. ROSALIA DOWNING SEPULVEDA Y CIA. LT		
CODIGO SUCURSAL	: 0210084	FECHA EMISION	: 20-12-2017	ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO	: 8928964-5	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	: 20/12/2017 11:38	NRO AUDITORIA	: BONO-P8D4-MW8J-HV8R	
RUT COMPRADOR	: 7277483-3	COMPRADOR	: IBIS ALEXIS FIGUEROA RAMÍREZ	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0101001	1	N	0	5.940	11.390
TOTALES			1	5.940	11.390



ANEXO N° 6
"Solicitud de devolución de BAS"
Declaración Jurada

AFILIADO (Nombres y apellidos) 1915 FIBUEROA RAMIREZ		RUN N° 7277483-3
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos) 		RUN N°
DOMICILIO Punta Arenas 511 Pucina Norte		TELEFONO 05933181
SUCURSAL EMISORA DEL BAS Tocopilla		CODIGO SUCURSAL 0210064
N° PROGRAMA 	N° PRESTAMO 	FECHA DE EMISION

BAS EXTRAVIADOS				
351242612				

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 21/12/12, doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$ 5940, 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 manuscrita]
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°
21/12/2007	0210064	Jimmy Zeñe	8928964-5





FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° : 351242612
*** COPIA ***

FECHA EMISION : 20/12/2017 RUT AFILIADO : 7277483-3
RUT BENEFICIARIO : 7277483-3 NOMBRE BENEFICIARIO : IBIS ALEXIS FIGUEROA RAMÍREZ
DIRECCION : PUNTA ARENAS 511 GRUPO INGRESO : D
EDAD BENEFICIARIO : 63 SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA : Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101001	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	3	N	0	1	11.390	5.450	0	5.940

FORMA DE PAGO EFECTIVO 5.940 **TOTALES 11.390 5.450 0 5.940**

PROFESIONAL/INSTITUCION : 76111748-3 SOC. ROSALIA DOWNING SEPULVEDA Y CIA. LT NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE : FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 8928964-5 SUCURSAL : 0210064 HORA EMISION : 11:13:41

N° : 351242612
*** COPIA ***

