



**FONASA NORTE
DIRECCION ZONAL NORTE**

RESOLUCIÓN EXENTA 5A N° 4334/2017

MAT.: Autoriza devolución de copago por extravío de B.A.S.
ANTOFAGASTA, 29/12/2017

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 **Anyel Santander Zárate**, C.I. N° [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del co-pago correspondiente al B.A.S. Folio N° **350695492**, ascendente a la suma de \$1.592.- (Mil quinientos noventa y dos 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 **\$1.592.-**, correspondiente al co-pago efectuado por la requirente ya individualizada, por la adquisición del BAS indicado.
2. La Sucursal Tarapacá 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)
CENTRO DE GEST. REGIONAL TARAPACA
SUCURSAL IQUIQUE
SUBDPTO. DE GEST. TERRITORIAL
SECCION OFICINA DE PARTES
DIRECCION ZONAL NORTE



FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 350695492 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 15003466-3 SANTANDER ZÁRATE ANYEL JOHANNA
BENEFICIARIO : 15003466-3 SANTANDER ZÁRATE ANYEL JOHANNA
PRESTADOR :
INSTITUCION : 16351146-0 SOTO AMAS CAROLINA ESTER
CODIGO SUCURSAL : 0163511 FECHA EMISION : 28-11-2017 ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO : 8985219-6 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 : 28/11/2017 13:52 NRO AUDITORIA : BONO-P3D2-U62B-7BDN
RUT COMPRADOR : 15003466-3 COMPRADOR : ANYEL JOHANNA SANTANDER ZÁRATE

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0902001	1	N	0	7.960	11.570
TOTALES			1	7.960	11.570



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

AFILIADO (Nombres y apellidos)		RUN N°
<u>Myel Santander Z</u>		<u>15003466-3</u>
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos)		RUN N°
<u>Myel Santander Z</u>		<u>15003466-3</u>
DOMICILIO		TELEFONO
<u>Via de la Amica 3815</u>		<u>572380297</u>
SUCURSAL EMISORA DEL BAS		CODIGO SUCURSAL
<u>Iquique</u>		<u>0102511</u>
N° PROGRAMA	N° PRESTAMO	FECHA DE EMISION
		<u>29.11.17</u>

BAS EXTRAVIADOS

--	--	--	--	--

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 11.12.17 doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma \$ 1502, 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

Myel Santander
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°
<u>10.12.17</u>	<u>Iquique</u>	<u>Shirley Steza</u>	<u>10051344-2</u>



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

**N° : 350695492
*** COPIA *****

FECHA EMISION : 28/11/2017	RUT AFILIADO : 15003466-3
RUT BENEFICIARIO : 15003466-3	NOMBRE BENEFICIARIO : ANYEL JOHANNA SANTANDER ZÁRATE
DIRECCION : PSJ. CHAMIZA #3915 PB. CAMANC	GRUPO INGRESO : C
EDAD BENEFICIARIO : 35	SEXO BENEFICIARIO : F
Nro PROGRAMA :	Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0902001	CONSULTA PSICOLOGO CLINICO (SE	3	N	0	1	11.570	3.610	6.368	1.592

FORMA DE PAGO	TOTALES	11.570	3.610	6.368	1.592
EFFECTIVO	1.592				
Vida Security-TR	6.368				

PROFESIONAL/INSTITUCION : 16351146-0 SOTO AMAS CAROLINA ESTER	NIVEL : 3
MEDICO TRATANTE :	FECHA ATENCION : ___/___/___
MEDICO SOLICITANTE :	



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 8985219-6

SUCURSAL : 0163511

HORA EMISION : 11:32:15

**N° : 350695492
*** COPIA *****

DETALLE DE BAS**FOLIO BAS : 350695492****TIPO EMISION : Venta Directa****I. DATOS DE LA VENTA**

AFILIADO : 0015003466-3 ANYEL JOHANNA SANTANDER ZÁRATE
 BENEFICIARIO : 0015003466-3 SANTANDER ZÁRATE ANYEL JOHANNA
 PRESTADOR :
 INSTITUCION : 0016351146-0 SOTO AMAS CAROLINA ESTER
 CODIGO SUCURSAL : 0163511 FECHA EMISION : 28-11-2017 ESTADO: Emitido
 RUT CAJERO : 0008985219-6 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
0902001	1	N	0	7.960	11.570

	PRESTACIONES	COPAGO	TOTAL
TOTALES	1	7.960	11.570