



**FONASA NORTE
DIRECCIÓN ZONAL NORTE
DPTO. SERVICIO AL USUARIO
SUCURSAL ANTOFAGASTA**

RESOLUCIÓN EXENTA 4P N° 9435 / 2023
MAT.: Autoriza devolución de copago por extravío de B.A.S.
ANTOFAGASTA , 08/08/2023

VISTOS:

Las facultades que me confiere el D.F.L. N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud; Decreto Supremo N°16/2022 del Ministerio de Salud; la Res. Exta. 4A/N°28 del 20 de marzo 2019, y todas sus modificaciones; Res. Exta. RR.HH 2P/N°1106/2019; del Fondo Nacional de Salud y lo establecido en la Resolución N°7/2019 y sus modificaciones de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

La solicitud presentada por Doña, **KIMBERLING PEREZ MALDONADO RUT** [REDACTED] para que se le autorice la devolución del monto del copago correspondiente al B.A.S. Folio N° 410.960.265, ascendente a la suma de \$7.010.- (Siete mil, diez pesos).

La declaración jurada efectuada por la solicitante en relación con el extravío del original del BAS ya singularizado, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

Autorízase la devolución de la suma de **\$7.010**, correspondiente al copago efectuado por la requirente ya individualizada, por la adquisición del BAS indicado.

La Sucursal Antofagasta devolverá a la beneficiaria ya individualizada, la suma antes indicada por concepto de copago.

Anótese, comuníquese y archívese

"Por orden del Director"

"Por orden del Director"

**MARICELA CRUZ REYES
JEFE(A)
SUCURSAL ANTOFAGASTA**

MCR / mcr

DISTRIBUCIÓN:
DPTO. ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

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

TclTSAJf

Código de Verificación



**ANEXO N° 5
SOLICITUD DE DEVOLUCION DE BAS
DECLARACION JURADA**

AFILIADO (Nombres y apellidos)		RUN N°
KIMBERLING PEREZ MALDONADO		19.104.127-5
BENEFICIARIO (Nombres y apellidos)		RUN N°
SEBASTIAN HIDALGO PEREZ		27.574.194-9
DOMICILIO		TELEFONO
BOGOTA 1429		990921556
SUCURSAL EMISORA DEL BAS		CODIGO SUCURSAL
SUC. ANTOFAGASTA		0210048
N° PROGRAMA	N° PRESTAMO	FECHA DE EMISION
		02.06.2023

BAS EXTRAVIADOS

410960265				

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 20-07-2023, doy aviso y solicito se me devuelva el monto del co-pago que asciende a la suma de \$ 7.010.-, **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 AFILIADO


FIRMA EJECUTIVO

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°
20-07-2023	ANTOFAGASTA	MARICELA CRUZ REYES	14429145-K



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° : 410960265
***** COPIA *****

FECHA EMISION : 02/06/2023
RUT BENEFICIARIO(A) : 27574194-9
DIRECCION : AVDA PADRE ALBERTO HURTADO
EDAD BENEFICIARIO(A) : 2
Nro PROGRAMA :
RUT AFILIADO(A) : 19104127-5
NOMBRE SOCIAL :
NOMBRE REGISTRAL : SEBASTIAN ANGEL HIDALGO PEREZ
GRUPO INGRESO : B
Nro PRESTAMO :

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	NIVEL	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101309	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	3	N	0	1	17.520	10.510	0	7.010

FORMA DE PAGO : DEBITO
DEBITO : 14.020 DEBITO - AUT : 2744314421
TOTALES VALOR TOTAL : 17.520 VALOR BONIFICACION : 10.510 APOORTE SEG. COMP. : 0 VALOR A PAGAR : 7.010

PROFESIONAL/INSTITUCION : 76037655-8 Pamela Guiñez Lattus y Cia Ltda.
MEDICO TRATANTE :
MEDICO SOLICITANTE :
NIVEL : 3
FECHA ATENCION : ___/___/___



FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL / INSTITUCION

CAJERO : 12068071-4 SUCURSAL : 0210048 HORA EMISION : 11:23:55

N° : 410960265
***** COPIA *****

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 410960265 TIPO EMISION : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO	: 19104127-5	PÉREZ MALDONADO KIMBERLING FRANCHESKA		
BENEFICIARIO	: 27574194-9	HIDALGO PEREZ SEBASTIAN ANGEL		
PRESTADOR	:			
INSTITUCION	: 76037655-8	Pamela Guiñez Lattus y Cia Ltda.		
CODIGO SUCURSAL	: 0210048	FECHA EMISION	: 02-06-2023	ESTADO : Emitido
RUT CAJERO	: 12068071-4	NIVEL	: 3	
FOLIO PAS	: 0	N° PRESTAMO	:	
FORMA PAGO	: DEBITO - CÓD AUT : 2744314421			

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	: 02/06/2023 10:21	NRO AUDITORIA	: BONO-N4J8-LXKF-D2F4	
RUT COMPRADOR	: 19104127-5	COMPRADOR	: KIMBERLING FRANCHESKA PÉREZ MALDONADO	

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	RECARGO HORA	ITEM	VALOR COPAGO	VALOR TOTAL
0101309	1	N	0	7.010	17.520
TOTALES			1	7.010	17.520

CÉDULA DE IDENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN



APELLIDOS

PÉREZ
MALDONADO

NOMBRES

KIMBERLING FRANCHESKA

NACIONALIDAD

CHILENA

SEXO

F

FECHA DE NACIMIENTO

31 ENE 1996

NÚMERO DOCUMENTO

530.285.799

FECHA DE EMISIÓN

03 FEB 2023

FECHA DE VENCIMIENTO

31 ENE 2026

FIRMA DEL TITULAR

RUN 19.104.127-5

FONDO NACIONAL DE SALUD

DETALLE DE BAS

FOLIO BAS : 410960265 **TIPO EMISION** : Venta Directa

DATOS DE LA VENTA

AFILIADO : 19104127-5 PÉREZ MALDONADO KIMBERLING FRANCHESKA
BENEFICIARIO : 27574194-9 HIDALGO PEREZ SEBASTIAN ANGEL
PRESTADOR :
INSTITUCION : 76037655-8 Pamela Guiñez Lattus y Cia Ltda.
CODIGO SUCURSAL : 0210048 FECHA EMISION : 02-06-2023 ESTADO : Bloqueado (Bloq)
RUT CAJERO : 12068071-4 NIVEL : 3
FOLIO PAS : 0 N° PRESTAMO :
FORMA PAGO : DEBITO - CÓD AUT : 2744314421

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 : 02/06/2023 10:21 NRO AUDITORIA : BONO-N4J8-LXKF-D2F4
RUT COMPRADOR : 19104127-5 COMPRADOR : KIMBERLING FRANCHESKA PÉREZ MALDONADO

DETALLE PRESTACIONES

CODIGO	RECARGO	VALOR	VALOR
PRESTACION	HORA	COPAGO	TOTAL
0101309	N	7.010	17.520
	TOTALES	7.010	17.520