

# FORMULARIO ÚNICO DE NOTIFICACIÓN

SECCION A - TIPOS DE NOTIFICA	(A)Au		Herrista (jaroja taka) (datak)	inimati di		FOLIO	2008401	y Takasastastastasia	
Suscripción de Contrato.					elektogatikusinin xakma-usumun	Nº CONTRATO	0,0200101556 <b>T</b> U	PO DE COTIZANTE	
3. Situaciones especiales.	<ol> <li>Cambio de Fecha para contat panedos angales.</li> </ol>	olist los	8. Modificaci 9. Cambio di		ación pactada.	99030981	T 1.0	CONTRACTE THURSAIN	1
Térroino de contrato por parte de la ISAPRE.	Varisción de precio por cambi     Hodificación de tipo de benef		dad.	-		********	2.5	eneficiario conzante Juente Titular	
Sustitución, adición, o eliminación de Empleador, Cambio de situación laborat	reptificación e incorporación da :	ibiano y/o sntecedentes de	<b>e</b> i		TIPO DE NOTIFICACIÓ	N 1	se	RIE DE CONTRATO	0
o previsional del potizanie	beneficiario.					`			
SECCION B - ANTECEDENTES D	EL COTIZANTE V SU GRI	IDO EAMILI	A DESCRIPTION OF THE	5223	1250-444-25 <b>1</b> 025-244-350-350-350-350-350-350-350-350-350-350	Michiga Marida (Marida da Marida)	era estada bela	Standard Williams	(SI 1341-71
				2400000000000	7711 1. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2.	170.077.127.17.14.1.14.17.17.1.13.1			200 2221 2220
Nº DE CEDULA DE IDENTIDAD (RUN)	18385	862 9			CORREO ELECTRÓNICO CRISTIA	N.CANALES06@HO	FMAIL.COM		
CANALES		OJEDA			CRISTIA	N ANDRES			
APELLIDO PAT	ERNO	l <del></del>	APELL	JDO MATE		NOM	BRES		
LOS MILITARES		5885							
CALLE		NÚMERO	DEPTO. B	LOCK	VIL	LA O POBLACIÓN		CASILL	Á
LAS CONDES	SANTIAGO	)		13	79846423	79846423			
COMUNA		CIUDAD		REGION	TELÉFONO	TELÉFONO CELU	AR	CORREO	
FECHA 31 07 1993 DC	ENVIO DE 1 1.00% 2.EMPL 2.EMPL	EADOR TOADA	INCOR ! INCO	endente Pendente	1 M SEXO	FONASA		PLANVITAL S.A.	
DÍA MES AÑO	3. CASE	LA IRABA	- FEW	SIONADO INTARIO	TOTAL BENEFICIARIOS F. FEM	INSTITUCIÓN DE SALUD A	INTERIOR	A.F.P O INST. DE PREVI	SIÓN
IDENTIFICACION DE LOS BENEFI									
N° COD. RUN BENEFICIARIO	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATE	RNO	NOMBRES	FECHA DE NAC	CIMIENTO S	EXO TIPO CO BENEF. REL	
						DIA MES	AÑO	- Committee	-
							l		
CODIGO DE MOV. 01, ENTRA 92, SALE		I. MASCULINO F. FEMENINO		TIPO SENI	EFICIARIO 01. FAMILIAR BENEFICIA 02. CARGA MEDICA	RIO CODIGO (		A.CONYUGUE 04. HI	30
83. MODIFICA	,	FEMERING			OZ. CANDA MEDICA			2. PADRE 05. 01 3. MADRE	RO
SECCION C - ANTECEDENTES D	EL ENDI EXDOS O ENTIL	SANCAD	CADA DEL DA	CODE	A DENCIÓN	KERKERIPE HEYE DI			.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
	EL EMPLEADOR O ENTIL	JAD ENGAR	GADA DEL PA	GÓ DE I	LA PENSIUN				<u></u>
CAPACITACION SKC SPA							76274551		8
<u> </u>	NON	IBRE O RAZÓN	SOCIAL					RUT	
VITACURA		2939	10						
CALLE		NÚMERO		OCK		VILLA O POBLACI	ÓN		
LAS CONDES		SANTIAGO					L		
COMUN			CIUDA	<b>₽D</b>	REGIÔN	TELÉFONO 1		TELÉFONO 2 O CELUI	LAR
1 N° DE ENTIDADES ENCARGADAS DEL PAGO	MODIFICACIÓN A	_ A ASCON€			CORREO ELECTR	ÓNICO			
		é eluma		FAX		•			
SECCION D - ANTECEDENTES D	EL CONTRATO	Tananing	x 40-50 (40-140-64)(34)	Market (44		in Sicolyticia di Barri	i (ericiari yilgir)		14411111111111111111111111111111111111
-	F	INANCIAMI	ENTO DE LA C	OTIZAC	IÓN PACTADA (MONTOS Y M	ODALIDAD)	.,		
									$\neg$
TOTAL COTIZACIÓN PACTADA	<b>= 1,822</b>	1 +			м				71
COMPENSACIÓN POSITIVA	+	7 🗆	du 116545615.6		<del></del>	RUN AFILM	ADO ASOÇIADO	A LA COMPENSACIÓN	
COMPENSACIÓN NEGATIVA	- 0	7 🗆	(AN) MODALICAD D 1. U.F			,			l
COTIZACIÓN OTRO(s) EMPLEADOR(e	.s) -		2.PESO3 3.7%			1	FICIARIO CON A	L	
						NUN DENE	TICRRIO CON A	PORTE	
COTIZACIÓN TOTAL A PAGAR: POR EMPLEADOR, COTIZANTE O E	1,822	1	] м						
ENCARGADA DEL PAGO DE LA PER	NSIÓN +		٦	1	I° DE INSCRIPCIÓN (SOLO PENSIONA	DOS) RUT OTRO	EMPLEADOR A	SOCIADO AL PAGO	_
			-			DE EX CO	IZACION FACTA	LDA .	
		****				<del></del>			
MICIO DE VIGENCIA DE BENEFICIOS COT (MES INCLUIDO) DE I	TIZACIÓN A DESCONTAR A CONTAR LA REMUNERACIÓN DE	ANVALIDAD (MES)	RENUNCIA EXCEDENTE	A		A DE TÉRMINO CONTRATO IRO MUERTE TITULAR	TIPO DE PLAN	I INDIVIDUAL.	
	04 2015	03	2 1 8				, i i	g. Grupal G. Indianolal compe	USA2Q
MES AÑO	MES AÑO		2.80				ات		
DESCOMPOSICIÓN DE LA COTIZACIO	ON PACTADA:				CÓDIGO DEL PLAN DE SALUD	IDENTIFICACIÓ	N DEL PLAN D	E SALLID	
PRECIO BASE PLAN FACTOR GRUPO		AN COMPLEME	ENTARIO		HAU1524	Hombre Únice			_
1,89 + 0,80	= 1,512	1	٦ " ا		INOTOLY	Tromble dilice	o Frenchiont 2	4713	
1			╡			RENTA IMPO	ONIBLE \$64	5.000	
,	PRECIO GES + 0,26		<u></u>		EQUIVALENCIA EN PESO	S DEL PRECIO DEL PLA	NAIA SAA	.721	
PF	RECIO CAEC +					USCRIPCIÓN DEL CON			لـــــا
PRECIO BENEF. AI	DICIONALES + 0,05	1	5 I			VIGENCIA ANTIC	AGA9IC		
1		느	_	•	DBSERVACIONES		MES	S AÑO	
OTRAS COTIZACIONES ASOCIAD	AS AL PLAN +			_	SIN OBSERVACIONES				$\neg$
	1,822	[1	I						
TOTAL COTIZACIÓ	N PACTADA +	$\dashv$ $\vdash$	<b>-</b>	L	····				
			Salama year salah	Sec. 225 - 1 - 1 - 1	VIII - COMMANDE STANDARDO				. 30
SECCION E - ANTECEDENTES E	E LA ISAPRE			grafferijirién	leşi ildir bir den zer anış kili bir bir bir bir bir bir bir bir bir bi	sanderioù describiere	ksmällini	gradienski, jak staljula	
2460			DORKA	DEL CAR	MEN LOBOS SANDOVAL	10587	024		8
CENTRO COSTO	FIRMA AGENTE DE V	/ENTAS		МО	MBRE AGENTE DE VENTAS	RUT A	GENTE DE VE	NTAS	-
			09	03	2015				
	DÍA MES AÑO	FIRMA, FECHA C		A MES	AÑO FIRMA, FECHA HABILITA				AŇO

# P1084376056FUN Firmado par 10587024-8 (09/03/2015), 18385862-9 (09/03/2015)

### SECCION A: "CONSTANCIA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS CONTRACTUALES"

OCUMENTOS ENTREGADOS	
antificiones Generales del Comrato	
oraciáno Judo de Haliúcacam (AJP)	
rantaracion de simu	
lan oc swood	
refercioni de mestaciones Valorizanas del Plan	
decarismos de ourganitanto ne los Genaticos Medallos	
mintendo estado entrateria asea concentra a estado entrator estado en estado en	
Procodimientos de accesa a las scarantina lixiplicidas en Sanaci	
Bros (Secretus Trestatores de Conventor etc.)	

See Observation Considerational Section Control Contro

HRMA COTIZANTE	151,03180

### SECCION B: "CONSTANCIA DE IMPEDIMENTO DE NOTIFICACIÓN DEL FUN"

GAUSAL QUEIMPID A) RECHAZO POR EMPLEADOR	B) EMPLEADOR NO ES HABIDO
FECHA DE LA NOTIFICACIÓN.  NOMBRE ENCARGADO DE NOTIFICACIÓN:	1
R.U.N.	FIRMA:

## SECCION C: "NOTAS EXPLICATIVAS DEL LLENADO DEL FUN"

- a) Precio Base, Plant Es el precio asignado por la trapre a civida de salud complementario.
- b) Factor Orugo: Familian: Corresponde la la numa de factores eltingo), asignádo si afiliado y sus templiciandos, de conformidad e la naspectiva fabla da factores del plan de salue.
- c) Precio del Plan Complementano (Monto y Modalidad). Corresponde ai precio total a pagar por el glan de salud complementado y es obtiana de la multiplicación del precio case del plan de salud non el factor del grupo temiliar. En el caso de planes grupales talyo precio será un procenciar equivalente o la cotación legal de salud, debará indicar el modalidad, este es 7%.
- di Precio GES. Precio que la laquie cobra per las Garantias Expectas en Catini correspondiente al valor total del grupo ramilia.
- aj Precio CACC: corresponde di precio que copra la Isapre por la Cobertura Adicional para Enfermadades Catasmónicas orongada al niñado y su sibanetichados. Este compo adio del en completarse cuativió di precio de la CAEC «e este incluido en el precio pase del pien de selun complementado.
- § Precio Bandicio Adicional. Collesponde al precio del dilos benedelados adicionales contalaros por el afiliado
- gli Total Cotización Pactova: Corresponde al monto total pactoro y que está conformado por la suma del precio del participa sobre conteste de los Beneficianos Avintoriales. La expresión de esta monte podra combinar modalidades (75 + 97%), unidades montestras (97 + 5), total actualmente del precio del los Beneficianos a la OES. CAEC y Bareficio Adiquinal, se encuentran en una expresión revierada distinte si precio del plan de value conformación.
- h) Compensación corruva. Monto que apoda el volizante que suscribe este FUN para mandes la conzación cadrado por el Africado seccision a la combensación
- ) Compensación negativa: Monto que récibo di obtacnte que suscipie este FIRQ por parte del Afficia desociado e la Compensación, para mandar la corborada,
- 3 Contenión etrois) empleadorres). Refleja el mente del concepto de cotización que entiga en o mas empresorres metimos del identificado en esta FUN. Esta valor deberá presentarse del mescantarse del cotal de la cotización paciasa.
- s) Cottación Total a Pagar. Corresponde al monto que dese descontar el empresdor o la enidad encargada del pago de la pensión, conzante independiante o coficante volundore, ogistado en esta FUN. Este mente nebe refigia la compansación, si la manere, que se agrega o se descuente parcier jago de la coficación partida. El monto a pagar puede ser menor al total de la corrección pactada. El monto a pagar puede sel menor al total de la corrección pactada. El monto a pagar puede sel menor al total de la corrección pactada. El monto a pagar puede sel menor al total de la corrección pactada. El monto a pagar puede sel menor al total de la corrección pactada. El monto a pagar puede sel menor al total de la corrección pactada. El monto a pagar puede sel menor al total de la corrección pactada, cuanto se esta recibiendo la compansación de obte afisición pactada, cuanto se esta recibiendo el monte de su menerada se total a pagar puede combinar modalidades (75, ± UF) y unidadas monetarias (VF ± %).
- I) RUN Altises asociado a la Compensación: Se debe meticor al RUN de la persona cuya cotización pectada se esta compensación, o cien, que compensa a cultización pactada del Atiliado que ensiche este FUN.
- mi Rucore Empleador asociado al page de la cotización pactadar. Se debe indicar el RUT del oue empleador que entera parte de la cotización pactadar por el afiliado.

Señor Empleador EQUÍVALENCIA DE U.F. PARA CALCULO DEL PRECIO DEL PLAN DE SALUD (SECCION "D") UNIDAD DE FOMENTO (U.F.)

Para calcular la equivalencia del precio en moneda nacional corresponderà utilizar el valor que lenge diche Unidad el último día del mes en que pagaron o debleron pagarse las remuneraciones del efillado

### SECCION C: "NOTAS EXPLICATIVAS DEL LLENADO DEL FUN"

- e) Precio Base. Pian: Es el precio asignado por la Isapre a cada de salud complementano.
- b) Factor Grupo Familiar: Corresponde a la suma de factores etansos asignado al afiliado y sus peneficianos, de conformidad a la respectiva tabla de factores del plan de salud.
- c) Precio dal Plan Complementano (Monto y Modalidan): Corresponde al precio total a pagar por el plan de salud complementano y sa obtiene da inmultiplicación del precio
- base del plan de salud por el factor del grupo famillar. En el caso de planes grupales cuyo precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud deberá indicar

el mento y su modalidad, este es 7%.

- d) Precio GES: Precio que la Isapre cobra por las Garantías Explícitas en Saluo correspondiante ai valor total del grupo familiar.
- e) Precio CAEC: corresponde al precio que cobra la isapre por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastrólicas obugada al afiliado y sus beneficiarios. Este campo solo deberá completarse cuando el precio de la CAEC no este incluido en el precio base del plan de satud complementario
- r) Precio Beneficio Adicional: Correspunde al precio del o los beneficianos adicionales contratados por el afiliado.
- gi Tolal Colización Paciada: Corresponde al monto total paciado y que esta conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio GES, el precio CAEC y el precio de los Beneficianos Adicionales. La expresión de este monto podrá complinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$5. Lo anterior, cuando los precios asignados a la GES, CAEC y Beneficio Adicional, se encuentren en una expresión monetaria distinta di precio del plan de salud complementario.
- h) Compensación positiva: Monto que aporta el cotizante que susonbe este FUN para financiar la cotización pacada por el Afiliado asociado a la compensación.
- i) Compensación negativa: Monto que recibe el cotizante que suscribe este EUN por parte del Afiliado asociado a la Compensación, para financiar la outracion pactada.
- j) Cotización otro(s) empleador(es): Refleja el monto del concepto de cotización que entera uno o mas empleadores distintos del identificado en este FUN. Este valor debera presentarse siempre con signo negativo, dado que debe describarse del total de la cotización partiada.
- k) Cotización Total a Pagar: Corresponde al monte que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de la pension, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en este FUN. Este monto debe reflejar la compensación, si la hubiere, que se agrega o se descuenta para el pago de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser imenor al total de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser imenor al total de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser imenor al total de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser interior al total de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser interior al total de la cotización pactada, cuando existe mas de una entidad encargada del pago de la cotización y/o se esta recibiendo la compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización y/o se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización y/o se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización y/o se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización y/o se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización y/o se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización y/o se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización y/o se esta compensación de otro alfiliado; o mayor a la cotización y/o se esta contractor de otro alfiliado.
- li RUN Affliado asociado a la Compensación: Se debe indicar al RUN de la persona cuya colización pactada se esta compensando lo bien, que compensa la cotización pactada del Affliado que suscribe este FUN.
- m) Rutiotro Empleador asociado al pago de la cotización pactada: Se detre indicar ol RUT del citro empleador que entera parte de la cotización pactada por el affiliado, otización pactada por el affiliado.



Firmante: 10587024-8 - LOBOS SANDOVAL DORKA DEL CARMEN

emaii: dlobos@banmedica.cl Fecha Firma: 09-03-2015 11:53:59 Auditoria Autentia: banm-P2AG-UE18-5XD4

Operador: 10587024-8

Págs: 3



Firmante: 18385862-9 - CANALES OJEDA CRISTIAN ANDRÉS email: CRISTIAN.CANALES06@HOTMAIL.COM
Fecha Firma: 09-03-2015 11:54:03
Auditoria Autentia: bann-P2AG-UE1C-75PR Operador: 10587024-1



IDENTIDAD VERIFICADA POR AUTENTIA Y SELLADO DEL DOCUMENTO REALIZADO POR ACEPTA.COM USTED PUEDE VALIDAR ESTE DOCUMENTO EN WWW.DEC.CL