

## FORMULARIO UNICO DE NOTIFICACION



81895149-107

# SECCION A: Tipos de Notificación

- 1.- Suscripción de Contrato.
- 2.- Término por parte de la Isapre.
- 3.- Situaciones Especiales
- 4.- Sustitución, adición o eliminación de empleador. Cambio situación laboral o previsional del cotizante.

5 -	Cambio	de	fecha	nara	contabilizar	períodos	anuales	

- 7.- Cambio en el número o modificación del tipo de beneficiario.
- 8.- Modi

Cádula da Idantidad

Ω	- (	<b>`</b> ~•	nh

ificación de	la cotización pactada.	
bio de plan		

E Mail

Tipo de notificación

	25.868.700	0 DAVID.ZAMBRANC	O10@GMAIL.COM	990512688 Autoriza SMS 1 1.Si 2. No
ZAMBRANO	BURGOS		DAVID ALI	
Apellido Paterno	2106	Apellido Materno		Nombres 0.00.51.2.60.0
CAIQUEN Calle	3186 Número	Depto. Block	BARRIO DOÑA CARLO?  Villa, Población o Sector	FA 990512688 Teléfono
RANCAGUA	RANCAGUA			6
Comuna  Document. 2 1. Domicilio Fecha 1.7 – (	Ciudad  05-1985 Sexo M M. Mascul	Casilla  1. Soltero 2. Casado	Correo D Dependiente I Independiente	Región Cambio 1. Si
Document. 2 2 Casilla Nacimiento 17-0	05-1985 Sexo M W. Mascur F. Femeni	ino Civil 1 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado	Trabajador D I Independiente P Pensionado V Voluntario	Dirección / Fono 1 2. No
L	BANMEDICA SA	99		Total Beneficiarios 1
Nombre AFP o Institución Previsional Có	ódigo Institución de Salud ante	NOMINA DE CARGAS	N° de Matrícula (Pensionados)	
Código Código Cédula de Carga Movimiento Identidad	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres Fecha Nac	Sexo Tipo Código Carga Relación
			Dia ivies	And
Código Movimiento : 01 Agrega 02 Elimin	na 03 Modifica	Código Relación : 01 Cónyuge	02 Padre 03 Madre 04 Hijo(a) 05	5 Otros 06 Conviviente Civil
Tipo de Carga : 01 Carga Legal 02 Carga	a Médica			
SECCION C. Auto-ordentes del Euroles del	- F-6:d-d	tii	Sucursal 9 RUT. 7	7.486.356 7 Centro de Costo 2
SECCION C: Antecedentes del Empleador o	o Entidad encargada de pago de	ias cotizaciones		7.100.330 7
CITIGROUP SERVICES CHILE SPA	Nambra a Barán Casial			Teléfono
AVENIDA EL BOSQUE NORTE	Nombre o Razón Social			releiono
Calle	Número		Villa, F	Población o Sector
LAS CONDES		TIAGO	13 2 1 Si 2 No	S. Sustituye A. Adiciona E. Elimina
Comuna	Ciu	udad	Región Cambio de Dirección / For	no N° Entidades encargadas Modificación del pago de cotiz.
SECCION D: Antecendentes del Contrato				
FINANCIAMIENTO DE LA COTIZACION PACTADA (Moi		DESCOMPOSICION DE LA COTIZAC	CION PACTADA	
	<b>UF \$</b> % 6,492 0 0	Precio Base Plan Factor G	Grupo Familiar Precio Plan Complemen UF	ntario (Monto y Modalidad) Equivalencia Precio Plan en Pesos
	0,000 0	4,37 x	1,30 = 5,680	
COMPENSACION POSITIVA +				0 224.915
	0,000 0 0	Diferencia fallo E. C	Corte Suprema - 0,00	0 0,000
	0,000 0 0	Valor UF edad > ó = 2 aí	Corte Suprema - 0,000	0 0,000
		Valor UF edad > ó = 2 aí Precio GES	Corte Suprema - 0,00 fios y < de 65 años + 0,000 + 0,600	0 0,000
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR POr Empleador Cotizante o Entidad	0,000 0 0	Valor UF edad > ó = 2 aí	Corte Suprema - 0,00 flos y < de 65 años + 0,000 + 0,600	0 0,000
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES) (	0,000 0 0	Valor UF edad > 6 = 2 ai Precio GES Precio CAEC	Corte Suprema - 0,00 finos y < de 65 años + 0,000 + 0,600 + 0,000 + 0,210	0 0,000
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR Por Empleador Cotizante o Entidad Encargada del Pago de Pensión	0,000 0 0	Valor UF edad > 6 = 2 ai Precio GES Precio CAEC Precio Productos A	Corte Suprema - 0,00 finos y < de 65 años + 0,000 + 0,602 + 0,000 Addicionales + 0,210 tria Ley 21.674 + 0,000	0 0,000 0 2 0 0 0
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR POr Empleador Cotizante o Entidad	0,000 0 0	Valor UF edad > ó = 2 aí Precio GES Precio CAEC Precio Productos A Prima Extraordinar	Corte Suprema - 0,00 finos y < de 65 años + 0,000 + 0,600 + 0,000 Addicionales + 0,210 fina Ley 21.674 + 0,000	0 0,000 0 2 0 0 0 0 0 0
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR Por Empleador Cotizante o Entidad Encargada del Pago de Pensión  RUN Afiliado Asociado a la Compensación  Renta Imponible	0,000 0 0 0,000 0 0	Valor UF edad > ó = 2 aí Precio GES Precio CAEC Precio Productos A Prima Extraordinar Ajuste al 7% Ley 2 TOTAL COTIZACIO	Corte Suprema - 0,00 finos y < de 65 años + 0,000 + 0,600 + 0,000 Adicionales + 0,210 finia Ley 21.674 + 0,000 ON PACTADA = 6,493	0 0,000 0 2 0 0 0 0 0 0 0 0,000 2 0
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR Por Empleador Cotizante o Entidad Encargada del Pago de Pensión  RUN Afiliado Asociado a la Compensación  Renta Imponible	0,000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Valor UF edad > ó = 2 aí Precio GES Precio CAEC Precio Productos A Prima Extraordinar Ajuste al 7% Ley 2 TOTAL COTIZACIO	Corte Suprema - 0,00 finos y < de 65 años + 0,000 + 0,600 + 0,000 Adicionales + 0,210 finia Ley 21.674 + 0,000 11.674 + 0,000	0 0,000 0 2 0 0 0 0 0 0
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR Por Empleador Cotizante o Entidad Encargada del Pago de Pensión  RUN Affiliado Asociado a la Compensación  Renta Imponible  3 . 476 . 675  Tipo de Plan I . Individual M. Matrimonio C. Colectivo O. Otros grup	0,000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Valor UF edad > 6 = 2 ai Precio GES Precio CAEC Precio Productos A Prima Extraordinar Ajuste al 7% Ley 2 TOTAL COTIZACIO	Corte Suprema - 0,00  finos y < de 65 años + 0,000  + 0,600  + 0,000  Addicionales + 0,210  finia Ley 21.674 + 0,000  Contract + 0,000  Cotización a descontar a partir de Remuni/Pensión  Mes Año	0 0,000 0 0 0,000 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR Por Empleador Cotizante o Entidad Encargada del Pago de Pensión  RUN Affiliado Asociado a la Compensación  Renta Imponible  3.476.675  Tipo de Pian I Matericani	0,000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Valor UF edad > ó = 2 al Precio GES Precio CAEC Precio Productos A Prima Extraordinar Ajuste al 7% Ley 2 TOTAL COTIZACIO  1 1. Si 2. No Anualidad 10  2 1. Si 2. No Nombre del Plan	Cotte Suprema - 0,00  finos y < de 65 años + 0,000  + 0,600  + 0,000  Addicionales + 0,210  ria Ley 21.674 + 0,000  ON PACTADA = 6,492  Cotización a descontar a partir de Remun/Pensión Mes Año  SELECT FULL (	0 0,000 0 0 0,000 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR Por Empleador Cotizante o Entidad Encargada del Pago de Pensión  RUN Affiliado Asociado a la Compensación  Renta Imponible  3 . 476 . 675  Tipo de Plan I . Individual M. Matrimonio C. Colectivo O. Otros grup	0,000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Valor UF edad > ó = 2 ai Precio GES Precio CAEC Precio Productos A Prima Extraordinar Ajuste al 7% Ley 2 TOTAL COTIZACIO  1 1. Si 2. No Anualidad 10  Nombre del Plan Código del Plan	Cotte Suprema - 0,00 finos y < de 65 años + 0,000 + 0,600 + 0,000 Adicionales + 0,210 finia Ley 21.674 + 0,000 ON PACTADA = 6,493  Cotización a descontar a partir de Remun/Pensión SELECT FULL (13-SFC)	0 0,000 0 0 0,000 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR Por Empleador Cotizante o Entidad Encargada del Pago de Pensión  RUN Affiliado Asociado a la Compensación  Renta Imponible  3 . 476 . 675  Tipo de Plan I . Individual M. Matrimonio C. Colectivo O. Otros grup	0,000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Valor UF edad > ó = 2 al Precio GES Precio CAEC Precio Productos A Prima Extraordinar Ajuste al 7% Ley 2 TOTAL COTIZACIO  1 1. Si 2. No Anualidad 10  2 1. Si 2. No Nombre del Plan	Cotte Suprema - 0,00 finos y < de 65 años + 0,000 + 0,600 + 0,000 Adicionales + 0,210 finia Ley 21.674 + 0,000 ON PACTADA = 6,493  Cotización a descontar a partir de Remun/Pensión SELECT FULL (13-SFC)	0 0,000 0 0 0,000 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR Por Empleador Cotizante o Entidad Encargada del Pago de Pensión  RUN Afiliado Asociado a la Compensación  Renta Imponible  3.476.675  Tipo de Plan I L. Individual M. Matrimotio Colectivo O. Otros grup  RUT (S) Otros Empleadores Asociados al Pago de la C	0,000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Valor UF edad > ó = 2 ai Precio GES Precio CAEC Precio Productos A Prima Extraordinar Ajuste al 7% Ley 2 TOTAL COTIZACIO  1 1. Si 2 No Anualidad 10  2 1. Si Nombre del Plan Código del Plan Arancel Asociado	Cotte Suprema - 0,00 finos y < de 65 años + 0,000 + 0,600 + 0,000 Adicionales + 0,210 finia Ley 21.674 + 0,000 ON PACTADA = 6,493  Cotización a descontar a partir de Remun/Pensión SELECT FULL (13-SFC)	0 0,000 0 0 0,000 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR Por Empleador Cotizante o Entidad Encargada del Pago de Pensión  RUN Affiliado Asociado a la Compensación  Renta Imponible  3 . 476 . 675  Tipo de Plan I . Individual M. Matrimonio C. Colectivo O. Otros grup	0,000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Valor UF edad > ó = 2 ai Precio GES Precio CAEC Precio Productos A Prima Extraordinar Ajuste al 7% Ley 2 TOTAL COTIZACIO  1 1. Si 2 No Anualidad 10  2 1. Si Nombre del Plan Código del Plan Arancel Asociado	Corte Suprema - 0,00	0 0,000 0 0 0,000 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 0 0 0 0
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR Por Empleador Cotizante o Entidad Encargada del Pago de Pensión  RUN Afiliado Asociado a la Compensación  Renta Imponible  3 . 4 7 6 . 6 7 5  Tipo de Pian  I individual C. Colectivo O. Otros grup  RUT (S) Otros Empleadores Asociados al Pago de la C	0,000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Valor UF edad > ó = 2 aí Precio GES Precio CAEC Precio Productos A Prima Extraordinar Ajuste al 7% Ley 2 TOTAL COTIZACIO  1 1. Si 2. No Anualidad 10  2 1. Si 2. No Nombre del Plan Código del Plan Arancel Asociado al Plan  1 7 2 2 6 Código Código	Cotic Suprema - 0,00  finos y < de 65 años + 0,000  + 0,600  + 0,000  + 0,000  + 0,000  + 0,000  + 0,000  Cotización a descontar a partir de Remun/Pensión  SELECT FULL (  13-SFC	0 0,000 0 0 0,000 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 0 0 0 0
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES)  COTIZACION TOTAL A PAGAR Por Empleador Cotizante o Entidad Encargada del Pago de Pensión  RUN Afiliado Asociado a la Compensación  Renta Imponible  3 . 476 . 675  Tipo de Pian I Materinorio C. Colectivo O. Ofros grup  RUT (S) Otros Empleadores Asociados al Pago de la C	0,000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Valor UF edad > ó = 2 al Precio GES Precio CAEC Precio Productos A Prima Extraordina Ajuste al 7% Ley 2 TOTAL COTIZACIO  1 1. si 2. No Nombre del Plan Código del Plan Arancel Asociado al Plan	Corte Suprema - 0,00	0 0,000 0 0 0,000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

NOMBRE: DAVID ALI ZAMBRANO BURGOS RUT: 25868700-0

Fecha: 14/10/2025 22:6:23 IP: 181.162.172.65

TOKEN:

2F0ADD9FF0291C0737AFA7A05B9620FF

NOMBRE: JOHAN JOSE HERRERA MARQUINA

RUT: 26309920-6 Fecha: 14/10/2025 22:8 IP: 172.22.8.103

TOKEN:

2F0ADD9FF0291C0769B477515422BC9F



#### **ANEXO 3**

#### Sección A: Constancia de Entrega de Documentos Contractuales

Con fecha , entre Don: DAVID ALI ZAMBRANO BURGOS y la Isapre CONSALUD S.A. representado por JOHAN HERRERA MARQUINA se ha celebrado un contrato de salud previsional de plazo indefinido, conviniendo las prestaciones y beneficios incluídos, así como la forma, modalidad y condiciones para el otorgamiento conforme a lo establecidoen el artículo 189 y demás disposiciones pertinentes del DFL Nº 1 de 2005, de Salud y las instrucciones de la Superintendencia.

Son parte integrante del Contrato de Salud los documentos que a continuación se individualizan y respecto de los cuales se deja constancia a través de este documento, de su entrega y medio por el cual ésta se efectuó.

- A. 1.- Las "Condiciones Tipo" comprenden los siguientes documentos uniformes regulados y/o aprobados por la Superintendencia:
- 1.- Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud.
- 2.- Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.
- 3.- Condiciones Particulares Plan Preventivo de Isapres.
- 4.- Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud.
- 5.- Condiciones Generales de Complementos suscritos.

	_	_		
Tarje el casillero que corresponda:	CD Papel	E-Mail Su Escriba su E-Mail : DAVID.ZAMBRANO10@GMAIL.COM		
Las "Condiciones Tipo" se encuentra disponible página web de la Superintendencia de Salud.	e para usted en cualquier oficina	comercial de la Isapre y, además, se encuentra en la página web de la Isapre y en la		
A. 2 Otros documentos del contrato de salud que	se entregan en este acto:	NOMBRE: DAVID ALI ZAMBRANO BURGOS		
6 Plan de Salud	$\checkmark$	RUT: 25868700-0		
7 Selección de Prestaciones Valorizadas del Plan	$\checkmark$	Fecha: 14/10/2025 22:6:23 IP: 181.162.172.65		
8 Formulario Único de Notificación (FUN)	$\checkmark$	TOKEN:		
9 Declaración de Salud	$\checkmark$	2F0ADD9FE0291C0737AFA7A05B9620FE		
		FIRMA COTIZANTE		
NOTA IMPORTANTE: Sr. Cotizante firme esta cons		contractuales de acuerdo la forma elegida por Ud.		
Sección B: Constancia de Impedimento de				
	CAUSAL QUE I	MPIDE LA NOTIFICACION		
A) RECHAZADO POR EL EMPLEADOR		B) EMPLEADOR NO ES HABIDO :		
FECHA DE LA NOTIFICACIÓN :		•		

### Sección C: Notas Explicativas del llenado del FUN

- a) Precio Base Plan: Es el espacio asignado por la Isapre a cada Plan de Salud Complementario.
- b) Factor Grupo Familiar: Corresponde a la suma de factores asignado al afiliado y a sus beneficiarios, de conformidad a la respectiva tabla de factores del Plan de Salud.
- c) Precio Plan Complementario (Monto y Modalidad): Corresponde al precio total a pagar por el plan de Salud Complementario y se obtiene de la multiplicación del precio base del plan de salud por el factor del grupo familiar. En el caso de planes grupales cuyo precio sea un porcentaje equivalente a la cotizacíon legal de salud, se debería indicar el monto y su modalidad, esto es 7%.
- d) Precio GES: Precio que la Isapre cobra por las Garantías Explicitas de Salud correspondiente al valor total del grupo familiar.
- e) Precio CAEC: Precio que la Isapre cobra por la Cobertura Adicional para enfermedades Catastróficas al afiliado y sus beneficiarios. Este campo sólo deberá completarse cuando el precio de la CAEC no esté incluído en el precio base del plan de salud complementario.
- f) Precio Beneficio Adicional: Corresponde al precio del o los Beneficios Adicionales contratados por el afiliado.
- g) Total Cotización Pactada: Corresponde al monto total pactados y que está conformado por la suma del precio GES el precio CAEC y el precio signados al GES y CAEC y Beneficio Adicionales. La expresión de este monto podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$). Lo anterior cuando los precios asignados al GES y CAEC y Beneficio Adicionales. La expresión de este monto podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$). Lo anterior cuando los precios del plan de salud complementario.
- h) Compensación Positiva: Monto que aporta el cotizante que suscribe este FUN para financiar la cotización pactada por el afiliado asociado a la compensación.
- i) Compensación Negativa: Monto que recibe el cotizante que suscribe este FUN por parte del afiliado asociado a la compensación para financiar la cotización pactada.
- j) Cotización Otro(s) Empleador(es): Refleja el monto por concepto de cotización que entera uno o más empleadores distintos del identificado en este FUN. Este valor deberá presentarse siempre con signo negativo, dado que debe descontarse del total de la cotización pactada.
- k) Cotización Total a Pagar: Corresponde al monto que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de pensión, 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 menor al total de la cotización pactada cuando existe medicia compensación de otro affiliado; o mayor a la cotización pactada cuando estate recibiendo la compensación de otro affiliado; o mayor a la cotización pactada cuando estate monto a compensación de otro affiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando estate monto a compensación de otro affiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando estate monto a contrato. La expresión de este total podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$).
- I) RUN Afiliado Asociado a compensación: Se debe indicar el RUN de la persona cuya cotización pactada se está compensando, o bien, que compensa la cotización pactada del afiliado que suscribe este FUN.
- m) RUT Otro Empleador Asociado al Pago de la Cotización Pactada: Se debe indicar el RUT del otro empleador que entera parte de la cotización pactada por el Afiliado