



**COLMENA  
GOLDEN CROSS**

N°



COMPROBANTE  
TARJETA DE DEBITO  
ISAPRE COLMENA IRARRAZABAL  
IRARRAZABAL 3425  
SANTIAGO  
597029779260 VRG3 20

FECHA 28/03/14 HORA 12:14:50 TERMINAL P7E25066  
FECHA CONTABLE 28-03-14  
NUMERO DE TARJETA NUM DE CUENTA MARCA  
\*\*\*\*\*3621 \*\*\*\*\*714 16  
MONTU COMPRA: 448.610  
**TOTAL: \$48.610**  
NUMERO OPERACION 002924  
CODIGO AUTORIZACION: 010065

GRACIAS POR SU COMPRA  
COPIA CLIENTE  
ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

|                           |                                     |           |                  |            |           |
|---------------------------|-------------------------------------|-----------|------------------|------------|-----------|
| FECHA EMISION             | TIPO PLAN                           | CATEGORIA | SUC. PAGO        | FECHA PAGO | COD. COM. |
| 28/03/2014                | E1                                  | BU 707    | 0                |            |           |
| RUT TITULAR               | NOMBRE TITULAR                      |           | VALIDO HASTA     |            |           |
| 007116884-0               | ESCOBAR OLIVOS GLADYS RUTH          |           | 27/03/2014       |            |           |
| RUT MED Y ESTABLECIMIENTO | PROFESIONAL TRATANTE                |           | COPAGO EN ISAPRE |            |           |
| 060600001-0               | 007032144-3 VEGA MAYER TORGE RAFAEL |           |                  |            |           |

**DETALLE DE LAS PRESTACIONES**

48610.00

| Tipo Prestación | Código Atención | Cantidad | Código Beneficiario | Valor Cobrado Prestador | Bonificado Colmena | Copago Afiliado |
|-----------------|-----------------|----------|---------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| 11 A            | 601001          | 10       | 0                   | 2.270                   | 710                | 1.550           |
| 11 A            | 601005          | 10       | 0                   | 10.900                  | 3.400              | 7.500           |
| 11 A            | 601011          | 10       | 0                   | 25.000                  | 7.800              | 17.200          |
| 11 A            | 601012          | 10       | 0                   | 13.900                  | 4.350              | 9.550           |
| 11 A            | 601024          | 10       | 0                   | 19.600                  | 1.800              | 12.800          |
| <b>TOTALES</b>  | <b>0</b>        | <b>2</b> | <b>2</b>            | <b>70.670</b>           | <b>22.060</b>      | <b>48.610</b>   |

PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATOLICA DE CHILE  
23 01 ABR 2014 23  
CAJA  
SALUD U.C.

1. COLMENA GOLDEN CROSS S.A.  
2 28 MAR 2014 2

|   |  |                         |  |
|---|--|-------------------------|--|
| 007116884-0<br>ESCOBAR OLIVOS GLADYS RUTH | DECLARACION: EL PROFESIONAL MEDICO O ESTABLECIMIENTO CERTIFICA HABER OTORGADO LA PRESTACION MEDICA INDICADA AL AFILIADO IDENTIFICADO EN ESTA ORDEN | FORMA DE PAGO: Efectivo | VALOR ORDEN<br>70.670                  |
| RUT Y FIRMA DE QUIEN RETIRA EL DOCUMENTO  | FIRMA MEDICO / ESTABLECIMIENTO   | FIRMA Y TIMBRE CAJERO   | 12:14: pm019 7 -48477413<br>BENEFICIOS |

Diagnostico :Prótesis total rodilla

Centro Medico San Joaquin  
Departamento de Traumatología  
Vicuña Mackenna 4686  
Fono : 26767000

24.3.14.



REEMBOLSO AMBULATORIO (5)

Nº

86 - 47535391

|                                     |          |           |          |               |                           |                            |           |            |                  |
|-------------------------------------|----------|-----------|----------|---------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|------------------|
| Nº CONTRATO                         | Nº CORR. | COD. BEN. | SUCURSAL | FECHA EMISION | TIPO PLAN                 | CATEGORIA                  | SUC. PAGO | FECHA PAGO | COD. CONV.       |
| 4244726-9                           | 698      |           | 86       | 16/01/2014    | E1                        | BU 707                     | 86        | 16/01/2014 | 0                |
| NOMBRE DEL PACIENTE                 |          |           |          |               | RUT TITULAR               | NOMBRE TITULAR             |           |            | VALIDO HASTA     |
|                                     |          |           |          |               | 007116884-0               | ESCOBAR OLIVOS GLADYS RUTH |           |            | 17/03/2014       |
| NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO |          |           |          |               | RUT MED / ESTABLECIMIENTO | PROFESIONAL TRATANTE       |           |            | COPAGO EN ISAPRE |
|                                     |          |           |          |               |                           |                            |           |            |                  |

DETALLE DE LAS PRESTACIONES

| Rut Profesional / Establecimiento | Tipo Prestación | Código Atención | Cantidad | Código | N.Boleta Factura | Valor Cobrado | Bonificado Colmena |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|----------|--------|------------------|---------------|--------------------|
| 096986050-3 / 005743776-6         | 2 A             | 302047          | 2        | 0      | 937539           | 2969          | 920                |
| 096986050-3 / 005743776-6         | 2 A             | 303017          | 2        | 0      | 937539           | 22297         | 4.482              |
| 096986050-3 / 005743776-6         | 2 A             | 307011          | 2        | 0      | 937539           | 2882          | 590                |
| 096986050-3 / 005743776-6         | 2 A             | 321071          | 1        | 0      | 937539           | 6352          | 1.277              |

I. COLMENA GOLDEN CROSS S.A.  
 16 ENE 2014  
 PAGADO  
 SUC. FLORIDA SALIDA

|   |                                |                       |                     |
|---|--------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>TOTALES</b>  | 0                              | 34.500                | 7.269               |
| ESCOBAR OLIVOS GLADYS RUTH<br>FORMA DE PAGO: Efectivo |                                |                       | VALOR ORDEN<br>7269 |
| FIRMA DE QUIEN RETIRA EL DOCUMENTO                    | FIRMA MEDICO / ESTABLECIMIENTO | FIRMA Y TIMBRE CAJERO | 86 - 47535391       |

COMPROBANTE DE VENTA  
TARJETA DE DEBITO

ELSA  
 VICUNA MACKENNA 6969  
 SANTIAGO  
 597028606818 - VRS4.23

|                        |               |                 |
|------------------------|---------------|-----------------|
| FECHA                  | HORA          | TERMINAL        |
| 16-01-14               | 10:07:09      | LPC30534        |
| FECHA CONTABLE         |               | 16-01-14        |
| NUMERO DE TARJETA      | NUM DE CUENTA | MARCA           |
| *****3628              | *****714      | DB              |
| MONTO COMPRA           |               | \$34.500        |
| <b>TOTAL</b>           |               | <b>\$34.500</b> |
| NUMERO DE OPERACION    |               | 009049          |
| CODIGO DE AUTORIZACION |               | 009095          |

GRACIAS POR SU COMPRA  
 COPIA CLIENTE  
 ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

**ARNOLDO ADOLFO SCHAFFNER BOFILL**  
PSICOLOGO  
R.U.T.: 7.994.794-6  
General Salvo 173  
PROVIDENCIA - SANTIAGO

**BOLETA DE HONORARIOS**

**Nº 009119**

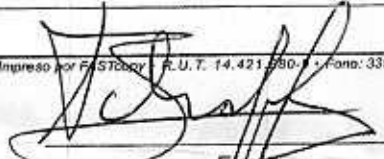
06 de ~~Febrero~~ de 2014

Nombre: Gladys Escobar Olivares

Dirección: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Por atención profesional:

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 1 Consulta |  |  |
|            |  |  |
|            |  |  |

  
Impreso por FASTcopy R.U.T. 14.421.880-F. Fono: 335 2813  
Firma

SUMA \$

% Ret. Imp. Renta \$

Líquido a Pagar \$

35.000

ORIGINAL: CLIENTE

ARNOLDO ADOLFO SCHAFFNER BOFILL

PSICOLOGO  
R.U.T.: 7.994.794-6  
General Salvo 173  
PROVIDENCIA - SANTIAGO

BOLETA DE HONORARIOS

Nº 009139

14 de Febrero de 2014

Nombre: Gladys Escobar Olivares  
Dirección: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Por atención profesional:

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 1 Consulta |  |  |
|            |  |  |
|            |  |  |

Impreso por FAS S.p.A. • R.U.T. 14.421.880-9 • Fonos: 335 2613

  
Firma

SUMA \$

% Ret. Imp. Renta \$

Líquido a Pagar \$

35.000

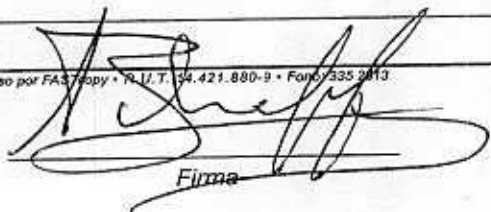
ORIGINAL: CLIENTE

ARNOLDO ADOLFO SCHAFFNER BOFILL  
PSICOLOGO  
R.U.T.: 7.994.794-6  
General Salvo 173  
PROVIDENCIA - SANTIAGO

BOLETA DE HONORARIOS  
Nº 009234

14 de Marzo de 2014

Nombre: Gladys Escobar Olivares  
Dirección: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_  
Por atención profesional:


|   |        |
|---|--------|
| A Consulta  |        |
|  |        |
| Firma   |        |
| SUMA \$   |        |
| % Ret. Imp. Renta \$  |        |
| Líquido a Pagar \$  | 35.000 |
| ORIGINAL: CLIENTE   |        |

ARNOLDO ADOLFO SCHAFFNER BOFILL  
PSICOLOGO  
R.U.T.: 7.994.794-6  
General Salvo 173  
PROVIDENCIA - SANTIAGO

BOLETA DE HONORARIO  
Nº 009167

21 de Febrero de 2014

Nombre: Gladys Escobar Olivares  
Dirección: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_  
Por atención profesional:

|   |        |
|---|--------|
| A Consulta  |        |
|  |        |
| Firma   |        |
| SUMA \$   |        |
| % Ret. Imp. Renta \$  |        |
| Líquido a Pagar \$  | 35.000 |
| ORIGINAL: CLIENTE   |        |

COMPROBANTE DE VENTA  
TARJETA DE DEBITO

CENTRO MEDICO ADULTO  
AV. BELLAUITA 0415  
SANTAGO

597026361106 Version: 3,12

FECHA 07/01/14 HORA 10:34:08 TERMINAL S2PCR28361106033

FECHA CONTABLE  
07/01/14

TARJETA DE DEBITO \*\*\*\*\*3628 N° DE EMPLEADO 7725

COMPRA DEBITO \$ 9.249  
TOTAL \$ 9.249

NUMERO DE BOLETA 07103320

CODIGO DE AUTORIZACION 009061  
NUMERO DE OPERACION 001053323  
NRO UNICO N000000000000000000000002649012

GRACIAS POR SU COMPRA  
COPIA CLIENTE  
ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

Firma Beneficiario

EMISOR : 9.966.491-6 HORA : 10:32 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

47396475

Convenio : 13.564 Clinica y Servicios Santa Maria  
Plan/Grupo Ingreso : E1 - BU 707  
Edad : 60 SEXO : F

| H              | I | Cant. | Valor Total   | Bonificación Financiadador | Aporte y/o S.Complem. | Copago del Beneficiario |
|----------------|---|-------|---------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|
| N              |   | 1     | 27.735        | 7.392                      | 11.094                | 9.249                   |
| <b>TOTALES</b> |   |       | <b>27.735</b> | <b>7.392</b>               | <b>11.094</b>         | <b>9.249</b>            |

11.094

9.249

Servicios Medicos Santa Maria Ltda.

Firma Profesional/Institución



47396475



COLMENA  
GOLDEN CROSS

7 - 48320332

REEMBOLSO AMBULATORIO [5]

N°

|                                     |              |               |                 |                           |                           |  |                |                        |                         |
|-------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|---------------------------|---------------------------|--|----------------|------------------------|-------------------------|
| N° CONTRATO: 725-9                  | N° CORR: 000 | COD. BEN: 000 | SUC. LRSAL: 000 | FECHA EMISION: 07/01/2014 | TIPO PLAN: 007            | CATEGORIA: 007                             | SUC. PAGO: 000 | FECHA PAGO: 07/01/2014 | COD. CONV: 0            |
| NOMBRE DEL PACIENTE                 |              |               |                 |                           | RUT TITULAR: 07116884-0   | NOMBRE TITULAR: ESCOBAR OLIVOS GLADYS RUTH |                |                        | VALIDO HASTA: 7/05/2014 |
| NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO |              |               |                 |                           | RUT MED / ESTABLECIMIENTO | PROFESIONAL TRATANTE                       |                |                        | COPAGO EN CASO DE       |

DETALLE DE LAS PRESTACIONES

| Rut Profesional / Establecimiento | Tipo Prestación | Código Atención | Cantidad | Código | N. Boleta / Factura | Valor Cobrado | Bonificación Colmena |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|----------|--------|---------------------|---------------|----------------------|
| 007994794-6 / 007994794-6         | 17 A            | 902001          | 1        | 0      | 9119                | 35000         | 7.053                |
| 007994794-6 / 007994794-6         | 17 A            | 902001          | 1        | 0      | 9139                | 35000         | 7.053                |
| 007994794-6 / 007994794-6         | 17 A            | 902001          | 1        | 0      | 9167                | 35000         | 7.053                |
| 007994794-6 / 007994794-6         | 17 A            | 902001          | 1        | 0      | 9234                | 35000         | 3.230                |
| <b>TOTALES</b>                    |                 |                 |          |        |                     | 140.000       | 24.369               |

I. COLMENA GOLDEN CROSS S.A.  
2 28 MAR 2014 2

AFILIADO LIO: 39414803

|                            |  |             |       |
|----------------------------|--|-------------|-------|
| ESCOBAR OLIVOS GLADYS RUTH | DECLARACION DEL PROFESIONAL MEDICO O ESTABLECIMIENTO | VALOR ORDEN | 24389 |
|----------------------------|--|-------------|-------|

Afiliado : 7.116.884-0 ESCOBAR OLIVOS GLADYS RUTH  
 Beneficiario : 7.116.884-0 ESCOBAR OLIVOS GLADYS RUTH  
 DIRECCION :

Convenio :  
 Plan/Grupo Ingreso : E1 - BU 707  
 Edad : 60 SEXO : F

| Prestación                                       | H | I | Cant. | Valor Total   | Bonificación Financiadore | Aporte y/o S.Complem. | Copago del Beneficiario |
|--|---|---|-------|---------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 0404121 ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL O DE VASOS TESTI | N |   | 1     | 66.110        | 20.660                    | 19.833                | 25.617                  |
| 0401070 TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOR | N |   | 1     | 21.280        | 9.452                     | 6.384                 | 5.444                   |
| <b>TOTALES</b>                                   |   |   |       | <b>87.390</b> | <b>30.112</b>             | <b>26.217</b>         | <b>31.061</b>           |

MetLife : 26.217

Saldo copago del Beneficiario : 31.061

PROFESIONAL / INSTITUCION : 81.698.000-0  
 DERIVADO POR : 6.743.776-6

*Gladys Escobar*  
 Firma Beneficiario

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE  
 HOSPITAL CLINICO  
 545  
 CAJA DE SALUD UC CHRISTUS

Firma Profesional/Institución

EMISOR : 11.687.508-4 HORA : 08:44 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

47493863

PODER SIMPLE

Autorizo a don \_\_\_\_\_ para que en mi nombre y representación retire de la dependencia que corresponda de la Red de Salud UC CHRISTUS el resultado de los exámenes a que se refiere la presente orden de atención, excepto exámenes confidenciales que la ley ordena entregar personalmente.

Firma del Paciente  
 Fecha: \_\_\_\_\_

CLIENTE

Rut : 81.698.900-0

SAN JOAQUIN  
 Fono 3548636 Folio 23529610 Pagina 1 de 1  
 Recepcionista 9934034-7 24/02/2014 08:17

Orden de Atención

|                |               |               |                 |
|----------------|---------------|---------------|-----------------|
| Tipo Atención  | AMBULATORIO   | Convenio      | 607-I COLMENA / |
| Tipo Paciente  | INSTITUCIONAL | Prevision     | 607-I COLMENA / |
| Forma de Pago  | ISAPRE        | Institucion   | INVERSIONES APO |
| Estado de Pago | PAGO NORMAL   | Fecha de Pago | 24/02/2014      |
| Procedencia    | SAN JOAQUIN   | L. Extraccion | SAN JOAQUIN     |
| Diagnostico    | .             |               |                 |

Nombre : ESCOBAR OLIVOS GLADYS RUTH  
 Rut : 7116884-0 Ficha : 7603109-6 Cama :  
 F. Nacimiento : 02/04/1953 Sexo : Femenino  
 Direccion : PADRE JOSE KENTENICH Fono : 9-4356  
 3008 VILLA U.C.  
 SANTIAGO MACUL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE  
 CAJA DE SALUD UC CHRISTUS  
 24 FEB 2014

Medico Tratante

| Codigo  | Descripcion           | Destino | Muestra | Cant. | V. Convenio | V. Pagada |
|---------|-----------------------|---------|---------|-------|-------------|-----------|
| CE00124 | CONSULTA TRAUMATOLOGO | CCN     |         | 1     | 13,900      | 14,700    |



Red de Salud



UC CHRISTUS

Exámenes habituales, resultados en 24 horas hábiles.  
Información detallada en [www.ucchristus.cl](http://www.ucchristus.cl)  
Válido para Radiología y Laboratorios.

TARJETA DE DEBITO

CENTRO MEDICO SAN JOAQUIN.

AV. VICUÑA MACKENNA 4686 - SAN JOAQUIN - Santiago

597027918468 - T8924043

21/01/14 07:52:27 92PCR27918468054

FECHA CONTABLE

21/01/14

TARJETA DE DEBITO

\*\*\*\*\*3628

COMPRA DEBITO

\$ 30.898

TOTAL

\$ 30.898

NUMERO DE BOLETA : 0012542066

NUMERO DE OPERACION : 001541066

CODIGO DE AUTORIZACION : 332588

NRO.UNICO 0016 0008 12 541066 20140121 00

GRACIAS POR SU COMPRA

ORIGINAL COMERCIO - COPIA CLIENTE

ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR



www.ucchristus.cl

2526 7000

PODER SIMPLE

Autorizo a don \_\_\_\_\_ para que en mi nombre y representación retire de la dependencia que corresponda de la Red de Salud UC CHRISTUS el resultado de los exámenes a que se refiere la presente orden de atención, excepto exámenes confidenciales que la ley ordena entregar personalmente.

Firma del Paciente  
Fecha: \_\_\_\_\_

CLIENTE

Empty rectangular box for stamp or signature.



Red de Salud  
UC CHRISTUS

VICUNA MACKENNA 4886 - SAN JOAQUIN - Santiago  
597027918488 - T8924043  
21/01/14 07:53:50 S2PCR27918488054

FECHA CONTABLE  
21/01/14  
TARJETA DE DEBITO  
\*\*\*\*\*3628  
COMPRA DEBITO \$ 10.148  
TOTAL \$ 10.148  
NUMERO DE BOLETA : 0013542067  
NUMERO DE OPERACION : 001341067  
CODIGO DE AUTORIZACION : 032642  
NEO.UNICO 0016 0008 13 541067 20140121 00  
GRACIAS POR SU COMPRA  
ORIGINAL COMERCIO - COPIA CLIENTE  
ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

Red de Salud UC CHRISTUS  
www.ucchristus.cl  
2014 0008

DER SIMPLE  
Lizo a don \_\_\_\_\_ para que en mi nombre y representación  
ula Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_ el resultado de los exámenes a que se  
e de la dependencia que corresponda de la Red de Salud UC CHRISTUS el resultado de los exámenes a que se  
re la presente orden de atención, excepto exámenes confidenciales que la ley ordena entregar personalmente.

de reserva. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DICC  
CLIENTE  
00499-01231

DICC - VOUCHER  
Local : 499 Vend : 103713/01/2014 10:39  
Cliente : METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.  
Rut : 99.289.000-2 Conv.:6891/116

Codigo Autorizacion : 903087.  
Numero Operacion : 1538951800

|                     |                                 |            |
|---------------------|---------------------------------|------------|
| 159117              | 1.OTRANSTEC PARCH.35MCG\$       | 64.540     |
|                     | Reembolso                       | (\$32.270) |
|                     | Dcto.Bonif.CNV(Aporte Seguro)\$ | 32.270     |
| 2408                | 2.OALPRAZO.LCH.COM.0,50\$       | 990        |
|                     | Reembolso                       | (\$990)    |
|                     | Dcto.Bonif.CNV(Aporte Seguro)\$ | 990        |
| 251788              | 1.OCRONUS COM.20                | \$ 8.515   |
|                     | Reembolso                       | (\$4.258)  |
|                     | Dcto.Bonif.CNV(Aporte Seguro)\$ | 4.258      |
| Sub Total           |                                 | \$ 74.045  |
| Total Aporte Seguro |                                 | \$ 37.518  |
| Co-Pago al Contado  |                                 | \$ 36.527  |

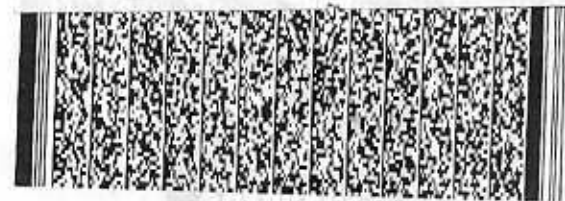
Titular : GLADYS RUTH ESCOBAR  
Rut Tit. : 7.116.884-0

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| Vta Productos no Bonificados \$ | 0         |
| Co-Pago al Contado              | \$ 36.527 |
| Cliente Debe Pagar en Caja      | \$ 36.527 |

Retener : RETENER DIC(DOCUMENTO INTERNO  
REQUIERE RECETA  
Boletas : 428167277



4 6 F W N 1 P 3 W 9 V X I A L



Timbre Electrónico SII  
Res. 19 7-2-2011 Verifique Documento: www.cruzverde.cl