



NC-177835  
Die-13

1. IDENTIFICACIÓN FUNCIONARIO

APELLIDO PATERNO <i>Bravo</i>	APELLIDO MATERNO <i>Plaza</i>	NOMBRES <i>Ruth</i>	R.U.T. <i>8448905-0</i>
LUGAR DE TRABAJO <i>Clinica Dental</i>	TELÉFONO <i>68426230</i>	PREVISIÓN <i>Colmena</i>	

2. IDENTIFICACIÓN PACIENTE

APELLIDO PATERNO <i>Bravo</i>	APELLIDO MATERNO <i>Plaza</i>	NOMBRES <i>Ruth</i>	CARGA FAMILIAR
----------------------------------	----------------------------------	------------------------	----------------

ORDEN ENTREGADA POR:

NOMBRE <i>Geno' Elea Ramirez</i>	FECHA <i>1-8-2013</i>
-------------------------------------	--------------------------



3. DETALLE HOSPITALIZACIÓN (Indicar con "X")

SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD	<input checked="" type="checkbox"/>
SEGURO CÁMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>
SEGURO CATASTRÓFICO	<input type="checkbox"/>

3 cuotas  
*(Handwritten signature)*

4. CÁLCULO DE DESCUENTO A FUNCIONARIO

VALOR TOTAL HOSPITALIZACIÓN	\$ <u>338.021.-</u>
BONIFICACIÓN PREVISIÓN, ISAPRE / FONASA	\$ _____
INGRESO POR SEGURO	\$ <u>243.492.-</u>
SALDO A DESCONTAR	\$ <u>94.529.-</u>
N° DE CUOTAS	<input type="text"/>

Por medio de la presente, autorizo a la PUCCh, descontar el total de la deuda que contraigo por concepto de préstamo de hospitalización, del finiquito en caso de término de la relación laboral o de mi remuneración mensual.

A su vez autorizo al Depto. de Beneficios del Personal solicitar reembolso a la compañía se seguros a nombre de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

AUTORIZO DESCUENTO	<i>Ruth Bravo Plaza</i>		
R.U.T.	<i>8448905-0</i>	FECHA	<i>1-8-2013</i>
FIRMA	<i>(Handwritten signature)</i>		

NOTA: VALIDEZ DE LA ORDEN: 60 días a contar de la fecha de emisión.

## Liquidación de Seguro Complementario

### I.- Identificación

Póliza: 340,002,413

Contratante: Pontificia Universidad Católica de Chile	Fecha Solicitud: 16/12/2013
Grupo: ADMINISTRATIVOS 1	N° Solicitud: 152830
Asegurado: BRAVO PLAZA RUTH	
Rut Asegurado: 8,448,905-0	Corredora de Seguros Security Ltda.

### II.- Beneficios

Beneficiario: BRAVO PLAZA RUTH

Factor de Cambio UF 23,255.60

Liquidación: 62,651,498

Prestación	Cant.	Fecha Prestación	Valor Prestación	Bonificación Isapre/Fonasa	Copago Reclamado	% Plan	Bonificación Seguro	Deducible Aplicado	Reembolso Seguro
Día Cama Recuperación	1	13/08/2013	49,329	44,396	4,933	80	3,946	0	3,946
Hp Derecho Pabellón	1	13/08/2013	292,870	263,603	29,267	80	23,414	0	23,414
Hp Exámenes De Imagenología	1	13/08/2013	70,415	63,374	7,041	80	5,633	0	5,633
Hp Materiales e Insumos	1	13/08/2013	295,982	266,384	29,598	80	23,678	0	23,678
Hp Materiales e Insumos	1	13/08/2013	11,913	0	11,913 (a)	0	0	0	0
Día Cama Medicina	1	13/08/2013	121,044	108,940	12,104	100	12,104	0	12,104
Hp Medicamentos Hospitalarios	1	13/08/2013	97,109	87,398	9,711	80	7,769	0	7,769
Prot. y Ortesis Hospitalarios	1	13/08/2013	17,106	15,395	1,711	80	1,369	0	1,369
Hp Honorarios Medico Quirúrgicos	1	13/08/2013	30,670	18,549	12,121	80	9,697	0	9,697
Hp Honorarios Medico Quirúrgicos	1	13/08/2013	40,408	32,326	8,082	80	6,466	0	6,466
Hp Honorarios Medico Quirúrgicos	1	13/08/2013	49,742	39,794	9,948	80	7,958	0	7,958
Prot. y Ortesis Hospitalarios	1	13/08/2013	50,936	45,842	5,094	80	4,075	0	4,075
Hp Honorarios Medico Quirúrgicos	1	13/08/2013	161,638	129,310	32,328	80	25,862	0	25,862
Prot. y Ortesis Hospitalarios	1	13/08/2013	272,330	117,152	155,178 (b)	80	108,932	0	108,932
Hp Materiales e Insumos	1	13/08/2013	8,972	0	8,972	40	3,589	0	3,589

Deducible Prestación	1,000	-1,000
Sub Total		243,492

<b>Total General</b>	1,570,464	1,232,463	338,001	244,492	1,000	243,492
----------------------	-----------	-----------	---------	---------	-------	---------

### III.- Observaciones y base de cálculo

### Comentarios

<b>Liq. 62,651,498</b> (a): MEDIAS ANTIEMBOLICA SIN COBERTURA POR LA POLIZA (b): Su bonificación Isapre/Fonasa fue menor a 50% de cobertura, por tanto el plan del seguro se aplicó sobre el 50% del Valor Prestación(272,330) = \$ 136,165	MEDIAS ANTIEMBOLICA SIN COBERTURA POR LA POLIZA
---	---

### V.- Liquidación

Copago Total Solicitado:	UF	14.53	Fecha de Pago:	18/12/2013
Deducible Aplicado:	UF	0.00	Deducible Aplicado:	\$ 0
Total a Pagar:	UF	10.47	Total a Pagar:	\$ 243,492
Saldo Deducible:	UF	0.00	Saldo Anterior:	\$ 0
Cheque 443929 a Nombre de Pontificia Universidad Católica de Chile			<b>A Pagar</b>	<b>\$ 243,492</b>