



**CruzBlanca**

RUT : 96.501.450-0

### BONO DE ATENCION (Sucursal)

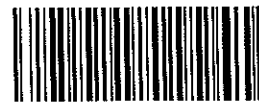
RUT Contratante : 9.775.711-9 Nombre : GIANNA MARIA GONZALEZ ALVAREZ

RUT Beneficiario : 23.940.001-9 Nombre : VICENTE AGUIRRE ARISMENDI

Plan : FW08808000  
FW08808000

Tipo Atención : HO Fecha Emisión : 27/11/2013

Origen Atención : HO Folio P.Médico : 4095570



49038160

| Cód. Dep. | Prestación | Item | Descripción | Cant. | Valor<br>Prestación | Bonificación<br>Isapre | Seguro<br>Complementario | Aporte<br>Beneficiario |
|-----------|------------|------|-------------|-------|---------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 01        |            |      | LABORATORIO | 17    | \$ 87.570           | \$ 83.204              | \$ 0                     | \$ 4.366               |

RUT Médico Tratante : 81.698.900-0  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC

RUT Facturador : 81.698.900-0  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHI

A Pagar  
Afiliado  
\$ 4.366

Forma de Pago

\$ 87.570

Firma Profesional

A pagar al prestador

RUT Solicitante :  
9.775.711-9

Firma Solicitante

Formulario sólo válido  
con firma y timbre cajero



La Isapre se reserva el derecho de solicitar antecedentes respecto de las atenciones. La orden de atención tendrá una vigencia de 30 días desde su emisión para ser utilizada o devuelta por el beneficiario. El prestador tendrá 30 días adicionales para presentarla a cobro. Pasados estos plazos se entenderá caducada.

**BENEFICIARIO**

/130453/144fe7cfe0/NIBARE00/NIBARE00/06/O/XB/49038160/CAJA/81-698-900-0/PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC/



**CruzBlanca**

RUT : 96.501.450-0

### BONO DE ATENCION (Sucursal)

RUT Contratante : 9.775.711-9 Nombre : GIANNA MARIA GONZALEZ ALVAREZ

RUT Beneficiario : 23.940.001-9 Nombre : VICENTE AGUIRRE ARISMENDI

Plan : FW08808000  
FW08808000

Tipo Atención : HO Fecha Emisión : 27/11/2013

Origen Atención : HO Folio P.Médico : 4095570



**49038158**

| Cód. Dep. | Prestación | Item Descripción | Cant. | Valor<br>Prestación | Bonificación<br>Isapre | Seguro<br>Complementario | Aporte<br>Beneficiario |
|-----------|------------|------------------|-------|---------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 01        |            | KINESIOLOGIA     | 15    | \$ 51.460           | \$ 30.287              | \$ 0                     | \$ 21.173              |

RUT Médico Tratante : 81.698.900-0  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC

RUT Facturador : 81.698.900-0  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHI

\$ 51.460

Firma Profesional

A pagar al prestador

A Pagar  
Afiliado  
\$ 21.173

Forma de Pago

RUT Solicitante :  
9.775.711-9

Firma Solicitante

Formulario sólo válido  
con firma y timbre cajero



La Isapre se reserva el derecho de solicitar antecedentes respecto de las atenciones. La orden de atención tendrá una vigencia de 30 días desde su emisión para ser utilizada o devuelta por el beneficiario. El prestador tendrá 30 días adicionales para presentarla a cobro. Pasados estos plazos se entenderá caducada.

**BENEFICIARIO**

/130453/144fe7c1e0/NIBARE00/NIBARE00/06/O/XB/49038158/CAJA/81.698.900-0/PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC/



**CruzBlanca**

RUT : 96.501.450-0

**BONO DE ATENCION** (Sucursal)

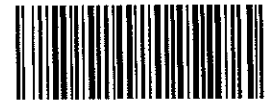
RUT Contratante : 9.775.711-9 Nombre : GIANNA MARIA GONZALEZ ALVAREZ

RUT Beneficiario : 23.940.001-9 Nombre : VICENTE AGUIRRE ARISMENDI

Plan : FW08808000  
FW08808000


Tipo Atención : HO Fecha Emisión : 27/11/2013

Origen Atención : HO Folio P.Médico : 4095570



49038157

| Cód. Dep. | Prestación | Item | Descripción                      | Cant. | Valor<br>Prestación | Bonificación<br>Isapre | Seguro<br>Complementario | Aporte<br>Beneficiario |
|-----------|------------|------|----------------------------------|-------|---------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 01        |            |      | CONSULTAS MEDICAS HOSPITALIZADAS | 3     | \$ 84.000           | \$ 41.310              | \$ 0                     | \$ 42.690              |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>RUT Médico Tratante :</b> 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC<br><b>RUT Facturador :</b> 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHI<br><br>Firma Profesional | <b>A Pagar Afiliado</b><br>\$ 42.690<br><br><b>Forma de Pago</b><br><br>A pagar al prestador | <b>RUT Solicitante :</b><br>9.775.711-9<br><br>Firma Solicitante | Formulario sólo válido con firma y timbre cajero<br> |
|--|--|--|---|

La Isapre se reserva el derecho de solicitar antecedentes respecto de las atenciones. La orden de atención tendrá una vigencia de 30 días desde su emisión para ser utilizada o devuelta por el beneficiario. El prestador tendrá 30 días adicionales para presentarla a cobro. Pasados estos plazos se entenderá caducada.

**BENEFICIARIO**

/130453/144fe7e1e0/NIBARE00/NIBARE00/06/O/XB/49038157/CAJA/81.698.900-0/PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC/



**Cruz Blanca**

RUT : 96.501.450-0

### BONO DE ATENCION (Sucursal)

RUT Contratante : 9.775.711-9 Nombre : GIANNA MARIA GONZALEZ ALVAREZ

RUT Beneficiario : 23.940.001-9 Nombre : VICENTE AGUIRRE ARISMENDI

Plan : FW08808000  
FW08808000


Tipo Atención : HO Fecha Emisión : 27/11/2013

Origen Atención : HO Folio P.Médico : 4095570



49038155

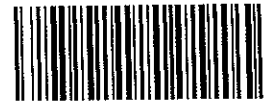
| Cód.Dep. | Prestación | Item | Descripción | Cant. | Valor<br>Prestación | Bonificación<br>Isapre | Seguro<br>Complementario | Aporte<br>Beneficiario |
|----------|------------|------|-------------|-------|---------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 01       |            |      | DIA CAMA    | 4     | \$ 368.898          | \$ 172.020             | \$ 0                     | \$ 196.878             |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| RUT Médico Tratante : 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC<br>RUT Facturador : 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHI<br><br>Firma Profesional | <b>A Pagar</b><br><b>Afiliado</b><br><b>\$ 196.878</b>   | <b>RUT Solicitante :</b><br><b>9.775.711-9</b> | Formulario sólo válido<br>con firma y timbre cajero<br> |
|  | <b>Forma de Pago</b><br><br><div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">\$ 368.898</div><br>A pagar al prestador | Firma Solicitante                              |  |

La Isapre se reserva el derecho de solicitar antecedentes respecto de las atenciones.  
La orden de atención tendrá una vigencia de 30 días desde su emisión, para ser utilizada o devuelta por el beneficiario. El prestador tendrá 30 días adicionales para presentarla a cobro. Pasados estos plazos se entenderá caducada.

**BENEFICIARIO**

/ 130453 / 144fe7c1e0 / NIBARE00 / NIBARE00 / 06 / O / XB / 49038155 / CAJA / 81.698.900-0 / PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC /


**BONO DE ATENCION** (Sucursal)

49038156

RUT Contratante : 9.775.711-9 Nombre : GIANNA MARIA GONZALEZ ALVAREZ  
 RUT Beneficiario : 23.940.001-9 Nombre : VICENTE AGUIRRE ARISMENDI  
 Plan : FW08808000 Tipo Atención : HO Fecha Emisión : 27/11/2013  
 FW08808000 Origen Atención : HO Folio P.Médico : 4095570

**Cruz Blanca**  
 RUT : 96.501.450-0

| Cód. Dep. | Prestación | Item | Descripción                   | Cant. | Valor<br>Prestación | Bonificación<br>Isapre | Seguro<br>Complementario | Aporte<br>Beneficiario |
|-----------|------------|------|-------------------------------|-------|---------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 01        |            |      | MEDICAMENTOS: MAT CLI INSUMOS | 1     | \$ 121.762          | \$ 93.635              | \$ 0                     | \$ 28.127              |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>RUT Médico Tratante :</b> 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC<br><b>RUT Facturador :</b> 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHI<br><br>Firma Profesional | <b>A Pagar Afiliado</b><br>\$ 28.127<br><br><b>Forma de Pago</b><br><br>A pagar al prestador | <b>RUT Solicitante :</b><br>9.775.711-9<br><br>Firma Solicitante | Formulario sólo válido con firma y timbre cajero.<br> |
|--|--|--|--|

\$ 121.762

La Isapre se reserva el derecho de solicitar antecedentes respecto de las atenciones. El orden de atención tendrá una vigencia de 30 días desde su emisión para ser utilizada o devuelta por el beneficiario. El prestador tendrá 30 días adicionales para presentarla a cobro. Pasados estos plazos se entenderá caducada.

**BENEFICIARIO**

/130453 / 144fe7e1e0 / NIBARE00 / NIBARE00 / 06 / O / XB / 49038156 / CAJA / 81.698.900-0 / PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC /



**Cruz Blanca**

RUT : 96.501.450-0

**BONO DE ATENCION** (Sucursal)

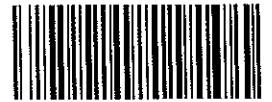
RUT Contratante : 9.775.711-9 Nombre : GIANNA MARIA GONZALEZ ALVAREZ

RUT Beneficiario : 23.940.001-9 Nombre : VICENTE AGUIRRE ARISMENDI

Plan : FW08808000  
FW08808000


Tipo Atención : HO Fecha Emisión : 27/11/2013

Origen Atención : HO Folio P.Médico : 4095570



49038161

| Cód.Dep. | Prestación | Item Descripción  | Cant. | Valor Prestación | Bonificación Isapre | Seguro Complementario | Aporte Beneficiario |
|----------|------------|-------------------|-------|------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
| 01       |            | PROC DIAGNOSTICOS | 1     | \$ 7.077         | \$ 3.698            | \$ 0                  | \$ 3.979            |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| RUT Médico Tratante : 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC<br>RUT Facturador : 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHI<br><br>Firma Profesional _____ | <b>A Pagar</b><br>Afiado<br>\$ 3.979<br><br><b>Forma de Pago</b><br><br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">\$ 7.077</div> A pagar al prestador | RUT Solicitante :<br>9.775.711-9<br><br>Firma Solicitante _____ | Formulario sólo válido<br>con firma y timbre cajero<br> |
|--|---|---|--|

La Isapre se reserva el derecho de solicitar antecedentes respecto de las atenciones. La orden de atención tendrá una vigencia de 30 días desde su emisión para ser utilizada o devuelta por el beneficiario. El prestador tendrá 30 días adicionales para presentarla a cobro. Pasados estos plazos se entenderá caducada.

**BENEFICIARIO**

/130453/144fe7e1e0/NIBARE00/NIBARE00/06/O/XB/49038161/CAJA/81.698.900-0/PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC/



**CruzBlanca**

RUT : 96.501.450-0

### BONO DE ATENCION (Sucursal)

RUT Contratante : 9.775.711-9 Nombre : GLANNA MARIA GONZALEZ ALVAREZ

RUT Beneficiario : 23.940.001-9 Nombre : VICENTE AGUIRRE ARISMENDI

Plan : FW08808000  
FW08808000


Tipo Atención : HO Fecha Emisión : 27/11/2013

Origen Atención : HO Folio P.Médico : 4095570



49038159

| Cód.Dep. | Prestación | Item | Descripción               | Cant. | Valor<br>Prestación | Bonificación<br>Isapre | Seguro<br>Complementario | Aporte<br>Beneficiario |
|----------|------------|------|---------------------------|-------|---------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 01       |            |      | PRESTACIONES NO CUBIERTAS | 1     | \$ 3.218            | \$ 0                   | \$ 0                     | \$ 3.218               |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| RUT Médico Tratante : 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC<br>RUT Facturador : 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHI<br><br>Firma Profesional _____ | <b>A Pagar</b><br>Afiliado<br>\$ 3.218<br><br><b>Forma de Pago</b><br><br><div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">\$ 3.218</div><br>A pagar al prestador | RUT Solicitante :<br>9.775.711-9<br><br>Firma Solicitante _____ | Formulario sólo válido<br>con firma y timbre cajero<br> |
|--|--|---|--|

La Isapre se reserva el derecho de solicitar antecedentes respecto de las atenciones. La orden de atención tendrá una vigencia de 30 días desde su emisión para ser utilizada o devuelta por el beneficiario. El prestador tendrá 30 días adicionales para presentarla a cobro. Pasados estos plazos se entenderá caducada.

**BENEFICIARIO**

/150453/144fe7c1e0/NIBARE00/NIBARE00/06/O/XB/49038159/CAJA/81-698.900-0/PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC/



**Cruz Blanca**  
RUT : 96.501.450-0


**BONO DE ATENCION** (Sucursal)

RUT Contratante : 9.775.711-9 Nombre : GLANNA MARIA GONZALEZ ALVAREZ  
RUT Beneficiario : 23.940.001-9 Nombre : VICENTE AGUIRRE ARISMENDI  
Plan : FW08808000 Tipo Atención : HO Fecha Emisión : 27/11/2013  
FW08808000 Origen Atención : HO Folio P.Médico : 4095570



**49038162**

| Cód. Dep. | Prestación | Item | Descripción | Cant. | Valor<br>Prestación | Bonificación<br>Isapre | Seguro<br>Complementario | Aporte<br>Beneficiario |
|-----------|------------|------|-------------|-------|---------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 01        |            |      | EXRX        | 1     | \$ 21.280           | \$ 21.280              | \$ 0                     | \$ 0                   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p>RUT Médico Tratante : 81.698.900-0<br/>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC</p> <p>RUT Facturador : 81.698.900-0<br/>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHI</p> | <p><b>A Pagar Afiliado</b><br/>\$ 0</p>                                  | <p>RUT Solicitante :<br/>9.775.711-9</p> | <p>Formulario sólo válido con firma y timbre cajero.</p>    |
| <p>Firma Profesional</p>   | <p><b>Forma de Pago</b></p> <p>\$ 21.280</p> <p>A pagar al prestador</p> | <p>Firma Solicitante</p>                 | <p>La Isapre se reserva el derecho de solicitar antecedentes respecto de las atenciones. La orden de atención tendrá una vigencia de 30 días desde su emisión para ser utilizada o devuelta por el beneficiario. El prestador tendrá 30 días adicionales para presentarla a cobro. Pasados estos plazos se entenderá caducada.</p> |

**BENEFICIARIO**

/ 130453 / 144fe7c1e0 / NIBARE00 / NIBARE00 / 06 / O / XB / 49038162 / CA1A / 81.698.900-0 / PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC /



# BONO DE ATENCION (Sucursal)

**RUT Contratante :** 9.775.711-9 **Nombre :** GIANNA MARIA GONZALEZ ALVAREZ  
**RUT Beneficiario :** 23.940.001-9 **Nombre :** VICENTE AGUIRRE ARISMENDI  
**Plan :** FW08808000 **Tipo Atención :** HO **Fecha Emisión :** 27/11/2013  
**FW08808000** **Origen Atención :** HO **Folio P.Médico :** 4095570



49038163

| Cód. Dep. | Prestación | Item Descripción                 | Cant. | Valor Prestación | Bonificación Isapre | Seguro Complementario | Aporte Beneficiario |
|-----------|------------|----------------------------------|-------|------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
| 01        |            | CONSULTAS MEDICAS HOSPITALIZADAS | 1     | \$ 25.006        | \$ 13.770           | \$ 0                  | \$ 11.236           |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>RUT Médico Tratante :</b> 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLIC<br><b>RUT Facturador :</b> 81.698.900-0<br>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHI | <b>A Pagar Afiliado</b><br>\$ 11.236   | <b>RUT Solicitante :</b><br>9.775.711-9 | Formulario sólo válido con firma y timbre cajero<br> |
| Firma Profesional   | <b>Forma de Pago</b><br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">\$ 25.006</div><br>A pagar al prestador | Firma Solicitante                       |  |

La Isapre se reserva el derecho de solicitar antecedentes respecto de las atenciones. La orden de atención tendrá una vigencia de 30 días desde su emisión para ser utilizada o devuelta por el beneficiario. El prestador tendrá 30 días adicionales para presentarla a cobro. Pasados estos plazos se entenderá caducada.

**BENEFICIARIO**



# LIQUIDACION PROGRAMA MEDICO

## PRESTACIONES DE PLAN COMPLEMENTARIO

**Cotizante :** 9775711-9 GIANNA MARIA GONZALEZ ALVAREZ

**Emisión :** 27/11/2013

**Paciente :** 23940001-9 VICENTE AGUIRRE ARISMENDI

**Inicio Hosp. :** 23/08/2013

**Nº SPM :** 4095570

| cant. | CódigoItem | Descripción         | Plan Cob.  | GruCob | Val.Unit. | Val.Tot. | Bonif. | %Plan | CAEC Seguro | CCopago | TD     | TC    |
|-------|------------|---------------------|------------|--------|-----------|----------|--------|-------|-------------|---------|--------|-------|
| 1     | 0601001    | 0 EVALUACION KINE   | FW08808000 | 21     | 2240      | 2240     | 1377   | 0     | 0           | 0       | 863    | BO GC |
| 5     | 0306070    | 0 ANTIGENOS VIRAL   | FW08808000 | 16     | 2462      | 12310    | 12310  | 0     | 0           | 0       | 0      | BO GC |
| 10    | 0601017    | 0 * EJERCICIOS RES  | FW08808000 | 21     | 3210      | 32100    | 20650  | 0     | 0           | 0       | 11450  | BO GC |
| 4     | 0601017    | 0 * EJERCICIOS RES  | FW08808000 | 21     | 4280      | 17120    | 8260   | 0     | 0           | 0       | 8860   | BO GC |
| 1     | 0301045    | 0 HEMOGRAMA (INC    | FW08808000 | 16     | 5115      | 5115     | 4177   | 0     | 0           | 0       | 938    | BO GC |
| 2     | 0303024    | 0 TIROESTIMULANTE   | FW08808000 | 16     | 5150      | 10300    | 10300  | 0     | 0           | 0       | 0      | BO GC |
| 3     | 0305027    | 0 INMUNOGLOBULIN    | FW08808000 | 16     | 5340      | 16020    | 16020  | 0     | 0           | 0       | 0      | BO GC |
| 1     | 0303026    | 0 TIROXINA LIBRE (T | FW08808000 | 16     | 5920      | 5920     | 5920   | 0     | 0           | 0       | 0      | BO GC |
| 3     | 0305045    | 0 LINFOCITOS T ""HE | FW08808000 | 16     | 6780      | 20340    | 20340  | 0     | 0           | 0       | 0      | BO GC |
| 1     | 1707054    | 0 SATURACION DE O   | FW08808000 | 19     | 7077      | 7077     | 3098   | 0     | 0           | 0       | 3979   | BO GC |
| 1     | 0306009    | 0 HEMOCULTIVO AE    | FW08808000 | 16     | 7200      | 7200     | 5462   | 0     | 0           | 0       | 1738   | BO GC |
| 1     | 0305031    | 0 PROTEINA C REAC   | FW08808000 | 16     | 10365     | 10365    | 8675   | 0     | 0           | 0       | 1690   | BO GC |
| 1     | 0401070    | 0 TORAX (FRONTAL    | FW08808000 | 17     | 21280     | 21280    | 21280  | 0     | 0           | 0       | 0      | BO GC |
| 1     | 0101840    | 0 CONSULTA MEDIC    | FW08808000 | 14     | 25006     | 25006    | 13770  | 0     | 0           | 0       | 11236  | BO GC |
| 1     | 0202109    | 0 DIA CAMA HOSPITA  | FW08808000 | 10     | 34320     | 34320    | 34320  | 0     | 0           | 0       | 0      | BO GC |
| 3     | 0202109    | 0 DIA CAMA HOSPITA  | FW08808000 | 10     | 111526    | 334578   | 137700 | 0     | 0           | 0       | 196878 | BO GC |
| 1     | 2801800    | 0 MEDICAMENTOS E    | FW08808000 | 23     | 121762    | 121762   | 93635  | 0     | 0           | 0       | 28127  | BO GC |
| 1     | 2804801    | 0 GASTOS NO CUBIE   | FW08808000 | 99     | 3218      | 3218     | 0      | 0     | 0           | 0       | 3218   | BO PC |
| 3     | 0101008    | 0 VISITA POR MEDIC  | FW08808000 | 14     | 28000     | 84000    | 41310  | 0     | 0           | 0       | 42690  | BO GC |

**Número de Prestaciones :** 19

| <b>Bono</b>             | <b>Reembolso</b> | <b>Totales</b>         |      |                        |            |
|-------------------------|------------------|------------------------|------|------------------------|------------|
| Total Valor Prestación  | \$ 770.271       | Total Valor Prestación | \$ 0 | Total Valor Prestación | \$ 770.271 |
| Total Valor Bonificado  | \$ 458.604       | Total Valor Bonificado | \$ 0 | Total Valor Bonificado | \$ 458.604 |
| Copago                  | \$ 311.667       |                        |      |                        |            |
| Forma de pago Cob. CAEC | \$ 0             | Cobertura CAEC         | \$ 0 | Total CAEC             | \$ 0       |
| Forma de pago Seguro C. | \$ 0             | Cobertura Seg. C.      | \$ 0 | Total Seg. C.          | \$ 0       |
| Afiliado                | \$ 311.667       | Valor Cheque           | \$ 0 | <b>Afiliado</b>        | \$ 311.667 |

**Total por Cobertura Aplicada**

| <b>Plan Complementario</b> |          | <b>GES</b> |      | <b>GES-CAEC</b> |            |
|----------------------------|----------|------------|------|-----------------|------------|
| Gasto                      | \$ 3.218 | Gasto      | \$ 0 | Gasto           | \$ 767.053 |
| Bonificado                 | \$ 0     | Bonificado | \$ 0 | Bonificado      | \$ 458.604 |
| Copago                     | \$ 3.218 | Copago     | \$ 0 | Copago          | \$ 308.449 |

**BONIFICACION**  
**por**  
**ISAPRE CRUZ BLANCA S.A.**

543631