



SECCION A: TIPOS DE NOTIFICACION		TIPO DE COTIZANTE <input type="text" value="1"/>	1. Cotizante Titular 2. Beneficiario Cotizante
<small>1- Suscripción de Contrato. 2- Término de Contrato por parte de la Isapre. 3- Situaciones Especiales. 4- Sustitución, adición o eliminación del empleador, cambio de situación laboral o previsional del cotizante.</small>		<small>5- Cambio de fecha para contabilizar los periodos anuales. 7- Modificación del tipo de beneficiario y/o rectificación e incorporación de antecedentes del beneficiario. 8- Modificación de la cotización pactada. 9- Cambio de plan.</small>	
		TIPO DE NOTIFICACION	<input type="text" value="38"/>

SECCION B: ANTECEDENTES DEL COTIZANTE Y SU GRUPO FAMILIAR		CORREO ELECTRONICO	<input type="text" value="awyngardy@gmail.com"/>
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° DE CEDULA DE IDENTIDAD (RUN)
<input type="text" value="VAN DE WYNGARD"/>	<input type="text" value="YEBER"/>	<input type="text" value="ANDRES"/>	<input type="text" value="14906226-2"/>
TELEFONO DOMIC. PARTICULAR	CELULAR COTIZANTE	TELEFONO OFICINA COTIZANTE	REGION CIUDAD COMUNA
<input type="text" value="93440472"/>	<input type="text" value="996258116"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="13 SANTIAGO 13105 - NUNOA"/>
DOMICILIO		FECHA DE NAC.	SEXO
<input type="text" value="AV. ECHEBIQUE 5514 CASA E"/>		<input type="text" value="27/08/1981"/>	<input type="text" value="M"/>
NOMBRE AFP O INSTITUCION DE PREVISION		TIPO DE AFILIADO	
<input type="text" value="HABITAT S.A."/>		<input type="text" value="D"/>	
CODIGO AFP O INST. DE PREVISION	CODIGO RELACION	COD INST. ANTERIOR	N° INSCR. PENSIONADOS TOTAL
<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="67"/>	<input type="text" value="67"/>	<input type="text" value="0"/>
IDENTIFICACION DE LOS BENEFICIARIOS		TIPO BENEFICIARIO	BENEFICIARIOS
<small>01 = ENTRA, 02 = SALE, 03 = MODIFICA</small>		<small>01 = Familiar Beneficiario, 02 = Carga Médica</small>	<input type="text" value="1"/>

SECCION C: ANTECEDENTES DEL EMPLEADOR O ENTIDAD ENCARGADA DEL PAGO DE LA PENSION		MODIFICACION	<input type="text" value=""/>	RUT EEMPL. A SUSTITUIR	<input type="text" value=""/>
RUT	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		<small>S = Sustituye, A = Adición, E = Elimina</small>		
<input type="text" value="96789870-8"/>	<input type="text" value="CBRE CHILE S.A."/>				
TELEFONO O CELULAR	FAX	REGION	CIUDAD	COMUNA	N° ENTIDADES ENCARGADAS DEL PAGO DE COTIZACION
<input type="text" value="5622640"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="13"/>	<input type="text" value="SANTIAGO"/>	<input type="text" value="LAS CONDES"/>	<input type="text" value="1"/>
DOMICILIO		CORREO ELECTRONICO			
<input type="text" value="ISIDORA GOYENECHEA 2800 OF.3502"/>		<input type="text" value="alejandra.soto@cbre.com"/>			

SECCION D: ANTECEDENTES DEL CONTRATO	
FINANCIAMIENTO DE LA COTIZACION PACTADA (MONTO Y MODALIDAD)	
TOTAL COTIZACION PACTADA	<input type="text" value="5,660"/>
COMPENSACION POSITIVA +	<input type="text" value="4,010"/>
COMPENSACION NEGATIVA -	<input type="text" value=""/>
COTIZACION OTRO(S) EMPLEADOR(ES) -	<input type="text" value=""/>
COTIZACION TOTAL A PAGAR POR EMPLEADOR, COTIZANTE O ENTIDAD ENCARGADA DEL PAGO DE LA PENSION	= 9,670 UF
RENTA IMPONIBLE \$	<input type="text" value="2.328.224"/>
COTIZACION A DESCONTAR A PARTIR DE REMUNERACION / PENSION DE	<input type="text" value="09/2024"/>
	<small>MES / AÑO</small>

DESCOMPOSICION DE LA COTIZACION PACTADA		PRECIO PLAN COMPLEMENTARIO (MONTO Y MODALIDAD)		BENEFICIOS ADICIONALES			BENEFICIOS ADICIONALES			
PRECIO BASE PLAN	FACTOR GRUPO FAMILIAR (*)			COSTO	BENEFICIO	PRODUCTO	COSTO	BENEFICIO	PRODUCTO	
<input type="text" value="3,11"/>	<input type="text" value="1,30"/>	=	<input type="text" value="4,04"/>							
	DIFERENCIA FALLO E. CORTE SUPREMA	-	<input type="text" value="-0,46"/>							
	VALOR UF EDAD >= 2 y < 65 AÑOS	+	<input type="text" value="0,060"/>							
	PRECIO GES	+	<input type="text" value="0,77"/>							
	PRECIO CAEC	+	<input type="text" value=""/>							
	PRECIO BENEF. ADICIONAL	+	<input type="text" value=""/>							
	PRIMA EXTRAORDINARIA LEY 21.674	+	<input type="text" value="0,000"/>							
	AJUSTE AL 7% LEY 21.674	+	<input type="text" value="1,25"/>							
	TOTAL COTIZACION PACTADA	=	<input type="text" value="5,660"/>							
<small>EQUIVALENCIA EN PESOS DEL PRECIO DEL PLAN A LA FECHA DE SUCRIPCION DEL CONTRATO</small>				SUB TOTAL						
				<input type="text" value=""/>						
TIPO DE PLAN	CODIGO PLAN	IDENTIFICACION DEL PLAN		CONDICION ESPECIAL			INICIO DE VIGENCIA DE BENEFICIOS (MES INCLUIDO)			
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="5603"/>	<input type="text" value="ASPEN ALEMAN 5114"/>		<input type="text" value="2"/>			<input type="text" value="16017189-8"/>			
<small>1 = Individual, G = Grupal, C = Individual Compensado</small>				<small>1 = Vinculado, 2 = Compensado, 3 = Grupal, 4 = Conyugal</small>			<small>MES / AÑO ANUALIDAD</small>			
RENUNCIA EXCEDENTES				CONVENIO PAGO		TIPO DE MONEDA				
<input type="text" value="2"/>				<input type="text" value=""/>		<input type="text" value="1"/>				
<small>1 = SI, 2 = No</small>				<small>1 = Cuenta corriente, 2 = Tarjeta Crédito</small>		<small>1 = UF, 2 = %, 3 = \$, 4 = % + UF</small>				

SECCION E: ANTECEDENTES DE LA ISAPRE		NUMERO DE CONTRATO	CORRELATIVO	SUC SUSCRIPCION	ACTIV. O PROFESION
<input type="text" value="13461680-6"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="11"/>	<input type="text" value="99"/>		
AGENCIA	AGENTE	T. TRANSAC.	N° CONTRATO ANTERIOR	CORR. ANTERIOR	SUC. FUN
<input type="text" value="010-8"/>	<input type="text" value="265"/>	<input type="text" value="CA"/>	<input type="text" value="13132691-2"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="11"/>
AGENCIA FUN	AGENTE FUN				
<input type="text" value="999-7"/>					
COLMENA GOLDEN CROSS		FIRMA DEL COTIZANTE		RUT HABILITADO TIMBRE EMPLEADOR FIRMA HABILITADO EMPLEADOR O ENTIDAD ENCARGADA DEL PAGO DE LA PENSION	
FIRMA AGENTE DE VENTAS	NOMBRE AGENTE DE VENTAS	DIA / MES / AÑO	DIA / MES / AÑO	RUN AGENTE DE VENTAS	
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="31/08/2024"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	
FIRMA HABILITADO ISAPRE					

Nota: Si Empleador, este documento no registrará la firma de su trabajador en el evento de operar la aceptación tácita de la adecuación contractual propuesta por la Isapre y en otras situaciones previstas en la normativa vigente.