

**PAGARÉ N° \_\_\_\_\_**

Debo y pagaré a la orden de NUEVA CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES AMBULATORIAS S.A., del giro de su denominación, Rut 76.020.064-6, con domicilio en Avenida Alejandro Fleming 7885, Santiago, Las Condes, la cantidad de..... pesos. La cantidad indicada la debo por concepto de prestaciones y servicios de salud que he recibido de parte o por cuenta del acreedor, y la pagaré en su totalidad a más tardar el día ....., pago que se deberá efectuar en la oficina del acreedor, ubicadas en la dirección antes señalada.

Al pago de la deuda y al cumplimiento de todas las obligaciones que resulten del presente instrumento, obligo todos mis bienes habidos y por haber.

Libero al portador de la obligación de protesto; y constituyo, para todos los efectos legales, domicilio en la comuna y ciudad correspondiente a la ubicación de la oficina señalada como lugar de pago; y me someto a la competencia de sus Tribunales Ordinarios de Justicia; sin perjuicio de lo establecido en el artículo 50 A de la Ley N° 19.496.

Las obligaciones que contraigo se considerarán indivisibles y su pago podrá ser exigido a cualquiera de mis herederos y/o sucesores. Los impuestos que se hubieren generado con ocasión de dichas atenciones de salud, que no estén exentas del pago de I.V.A.; de la emisión de este Pagaré; los gastos de Notaría en caso de protestos del mismo; y el impuesto de Timbres y Estampillas en caso de estar afecto al mismo y/o el que la ley estableciere al efecto, son de cargo exclusivo de su deudor o suscriptor.

En caso de mora o simple retardo en el pago de la deuda se devengará un interés penal igual al máximo convencional permitido por la ley a la fecha del pago efectivo de la suma adeudada para operaciones de crédito de dinero no reajutable en moneda nacional. El interés penal aplicable se calculará sobre la

totalidad de la obligación; interés penal que correrá desde la fecha de la mora o simple retardo hasta la fecha del pago efectivo de lo adeudado, sin perjuicio de los demás derechos del acreedor.

En este acto y en forma expresa y en los términos del artículo 4º de la Ley Nº19.628, autorizo a NUEVA CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES AMBULATORIAS S.A. para efecto de la cobranza y obtención del pago íntegro de la obligación representada en este Pagaré, que en el evento de incurrir en mora en el pago de la suma adeudada, ésta ingrese mis datos personales de carácter comercial (a saber: nombre completo, cédula de identidad), y los antecedentes de la mora, todo ello en lo referido a las obligaciones que emanan del presente Pagaré; en DICOM, el que quedará facultado expresamente para que realice su digitación, procesamiento, tratamiento y pueda proceder a su comunicación sea pública y privada, ya sea, en línea o de cualquier otra forma. Esta autorización puede ser revocada sólo por escrito, la que en ningún caso, tendrá efecto retroactivo.

NOMBRE DEL DEUDOR O SUSCRIPTOR .....

R.U.T.: .....

DOMICILIO: .....

COMUNA: ..... CIUDAD: .....

FIRMA DEL DEUDOR O SUSCRIPTOR: .....

En Santiago a ..... de ..... de .....

## MANDATO ESPECIAL PAGARÉ

En Santiago a ..... de ..... de ....., el suscrito..... ,  
cedula de identidad..... de estado civil..... , de  
nacionalidad..... , de profesión u oficio ....., domiciliado  
en ....., viene en otorgar mandato especial a NUEVA  
CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES AMBULATORIAS S.A. del giro de su  
denominación, Rut 76.020.064-6, con domicilio en Avenida Alejandro Fleming  
7885, Santiago, Las Condes; para que ésta, actuando legalmente representada, a  
nombre y en representación del compareciente, con facultades especiales y  
expresas para suscribir el presente pagaré, fijando en el mismo el monto  
adeudado y su fecha de vencimiento, todo ello en beneficio de la mandataria.  
Adicionalmente, y con el mismo propósito expuesto precedentemente, el suscrito y  
poderdante solicita y autoriza para que en el valor total de las prestaciones se  
incluyan los honorarios médicos que se hayan generado durante la permanencia  
del paciente en la Clínica, como también las prestaciones médicas hospitalizadas,  
farmacéuticas, exámenes, consultas, tratamientos, materiales clínicos e insumos  
que debieren proporcionarse, en su caso, al recién nacido, más los reajustes e  
intereses que correspondan; autorizando además a NUEVA CLINICA  
CORDILLERA PRESTACIONES AMBULATORIAS S.A. para incluir en el monto  
adeudado los gastos de Notaría, en caso de protesto del mismo y el Impuesto de  
Timbres y Estampillas, en caso de estar afecto al mismo; por tanto, el firmante  
viene en conferir poder especial a NUEVA CLINICA CORDILLERA  
PRESTACIONES AMBULATORIAS S.A. para que en su nombre y representación,  
proceda a incorporar al Pagaré N° ....., el monto total adeudado conforme a lo  
recién expresado y la fecha de vencimiento del mismo.

El firmante y poderdante declara que el presente mandato es gratuito, y se  
entiende que el mandatario dará cuenta formal del mismo mediante la entrega de  
la cuenta del paciente generada por las prestaciones y servicios aludidos en los  
párrafos precedentes.

El tenedor del pagaré queda expresamente facultado para solicitar de un Notario Público la autorización de la firma del suscriptor del mismo; quedando además, expresamente liberado el portador de la obligación de protesto del mismo. Este mandato será revocable por escrito, una vez que la obligación pendiente de pago garantizada por el pagaré antes mencionado quede total e íntegramente pagada.

NOMBRE DEL MANDANTE .....

R.U.T.: .....

DOMICILIO: .....

COMUNA: ..... CIUDAD: .....

FIRMA DEL MANDANTE: .....

En Santiago a ..... de ..... de .....

**MANDATO AUTORIZACIÓN DE TRAMITACIÓN ISAPRES**

En Santiago a ..... de ..... de ....., el suscrito .....,  
cédula de identidad....., de estado civil ....., de  
nacionalidad....., de profesión u  
oficio....., domiciliado en ....., viene en  
otorgar poder especial a NUEVA CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES  
AMBULATORIAS S.A. a fin de que ésta, proceda a presentar y/o tramitar ante la  
institución aseguradora de salud del mandante, sea esta Isapre, Fonasa y otra, el  
respectivo programa médico, bonos u órdenes de atención cuenta de  
hospitalización y servicios, solicitar la emisión de bonos por el bonificado de su  
plan de salud, boletas de honorarios por prestaciones médicas y/o cualquier otro  
documento referido a las atenciones recibidas en Clínica Cordillera por el afiliado  
suscriptor o alguno de sus beneficiarios, pudiendo instar por el pago de la sumas  
que correspondan, suscribir documentos y en general efectuar todas la gestiones  
conducentes al cabal cumplimiento del mandato, del cual se rendirá cuenta por  
parte del mandatario en la respectiva cuenta del paciente. Este mandato es  
revocable por escrito en cuanto se haya cumplido con todos los trámites  
pendientes y para cuyos efectos fue otorgado el presente mandato.

NOMBRE DEL MANDANTE .....

R.U.T.: .....

DOMICILIO: .....

COMUNA: ..... CIUDAD: .....

FIRMA DEL MANDANTE: .....

En Santiago a ..... de ..... de .....