

PAGARÉ

Debo y pagaré a la orden de Clínica Ciudad del Mar S.A., RUT Nº 96.885.950-1, persona jurídica del giro de su denominación, con domicilio en calle 13 Norte Nº 365, comuna y ciudad de Viña del Mar, en adelante también denominada “Clínica Ciudad del Mar” o “la Clínica”, la suma de \$ _____

pesos moneda legal (_____ pesos), que equivale a esta fecha

a la cantidad _____ UF (_____ Unidades de Fomento); suma que pagará a más tardar el día _____ de _____ del año _____ Acepto que para los efectos de calcular la suma de dinero adeudada, se considerará el valor oficial que la Unidad de Fomento tenga el día del pago efectivo, si el pago se verifica con posterioridad al vencimiento.

El no pago íntegro y oportuno del capital adeudado y estipulado en el párrafo precedente facultará a Clínica Ciudad del Mar S.A. para exigir de inmediato, como si fuere de plazo vencido el total de la obligación que estuviere pendiente, en cuyo caso me obligo a pagar intereses penales a contar del día siguiente de la mora y hasta el de su completo y efectivo pago total, a una tasa igual a la máxima permitida estipular para obligaciones en moneda nacional reajutable vigente al tiempo de la mora.

Todas las obligaciones que emanen de este Pagaré serán solidarias para el o los suscriptores y demás obligados a su pago, y serán indivisibles de conformidad a los artículos 1526 Nº 4 y 1528 y 1531 del Código Civil.

Libero al acreedor de la obligación de protesto y, constituyo para todos los efectos legales domicilio en la comuna y ciudad en que se encuentra la oficina señalada como lugar de pago de este documento y me someto a la competencia de sus Tribunales Ordinarios de de Justicia; sin perjuicio de lo establecido en el artículo 50 A) de la Ley Nº 19.496.

En este acto y, en forma expresa y en los términos del artículo 4º de la Ley Nº19.628, autorizo a Clínica Ciudad del Mar 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 (nombre y número de rol único tributario o cédula de identidad) y los antecedentes de la mora (monto adeudado), todo ello en lo referido a las obligaciones que emanan del presente Pagaré; en el sistema de información comercial DICOM o en el que correspondiere a la fecha que se realice la notificación, 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.

La suscripción del presente Pagaré no constituye en modo alguno, novación de las obligaciones que mediante éste se documentan.

Todos los gastos legales por concepto de cobranza extrajudicial, impuestos de timbre y estampillas, derechos notariales correspondientes a autorización de firmas y protesto para el caso que fuere aplicable, y demás tributos a que se encuentre afecto este Pagaré, como a sus recibos, cancelaciones, son de cargo exclusivo de su deudor o suscriptor.

NOMBRE DEL DEUDOR O SUSCRIPTOR _____

R.U.T. _____

DOMICILIO _____

COMUNA _____ CIUDAD _____

FIRMA DEL DEUDOR O SUSCRIPTOR _____

En Viña del Mar, a _____ de _____ de _____

INSTRUCCIONES

En virtud de lo previsto en el artículo 11° de la Ley N°18.092 sobre letras de cambio y pagaré instruyo y faculto a Clínica Ciudad del Mar S.A. para que proceda a incorporar al presente pagaré, el monto adeudado y la fecha de vencimiento del mismo. Del mismo modo, la faculto e instruyo para incorporar en el presente Pagaré como monto o suma de dinero a pagar, la que corresponda al valor de todas las prestaciones de salud y servicios de salud clínicos y asistenciales ya entregadas o, que entregue la aludida Clínica a mi y/o a don(a) _____ y, en el caso de prestaciones de orden obstétrico, a su Recién Nacido; más los intereses devengados e impuestos que se hubieren generado con ocasión de la prestación de dichas atenciones de salud y de la emisión de este Pagaré, los gastos de Notaría, en caso de protesto 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.

FIRMA DEL DEUDOR O SUSCRIPTOR _____

En Viña del Mar, a _____ de _____ de _____