

PAGARE N°:

PAGARE

Pagaré a la Universidad de Chile, a través de su dependencia el Hospital Clínico de la Universidad de Chile la suma de \$ _____ (_____ pesos, moneda legal).

El pago lo efectuaré en el domicilio del citado Hospital, ubicado en calle Dr. Carlos Lorca Tobar N° 999 Comuna de Independencia, Ciudad de Santiago, en una cuota, por esa misma cantidad, pagadera a contar del día _____ de _____ de _____. En el caso de simple retardo o mora en el pago de la cuota señalada precedentemente, el beneficiario de este pagaré o la persona a cuya orden se debe efectuar el pago y en la oportunidad legal según el monto adeudado, podrá proceder al cobro de la totalidad del mismo, devengando el interés máximo convencional desde el momento en que se hizo exigible su cobro. Declaro que esta obligación la contraigo en el carácter de indivisible, de manera que, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 1.528 del código Civil, la Universidad de Chile, a través de citado Hospital Clínico podrá exigir su cumplimiento a cualquiera de mis herederos y/o sucesores. Para todos los efectos legales y judiciales relativos las gestiones de cobranza ejecutiva de este pagaré y del eventual protesto del mismo, señalo mi domicilio en la ciudad de Santiago y me someto a la competencia de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

En Santiago de Chile, a _____ de _____ del 20____

NOMBRE DEL DEUDOR : _____
R.U.T. : _____
DOMICILIO : _____
COMUNA : _____
CIUDAD : _____

FIRMA DEL DEUDOR

Huella Digital:

Utilizar pulgar derecho, en caso contrario indicar dedo y/o mano utilizada:

AVAL. Me constituyo en AVALISTA y EN CODEUDOR SOLIDARIO del suscriptor de este pagaré, para garantizar el pago de la totalidad de la deuda expresada en este documento, más los reajustes e intereses legales correspondientes.

NOMBRE DEL AVALISTA: _____

R.U.T: _____ DOMICILIO: _____

COMUNA: _____ CIUDAD: _____

Firma del Avalista:

Huella Digital:

(Utilizar pulgar derecho, en caso contrario indicar dedo y/o mano utilizada:

Con esta fecha autorizo la(s) firma(s) de la(s) persona(s) individualizada(s) precedentemente, quien(es) firmaron en la fecha de emisión del presente documento

Santiago, a _____ de _____ del 20____

NOTARIO PÚBLICO

PAGARE N°:

MANDATO PARA PAGARE Y AUTORIZACION

Santiago, _____ de _____ del 20____

Con el objeto de facilitar el pago de cualquier suma de dinero que el/la firmante de este documento, don(ña) _____, cédula de identidad número _____, adeude o llegare adeudar a la Universidad de Chile o a la de dependencia de ésta, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ambos con el Rut N° 60.910.000-1, ubicada para estos efectos en calle Dr. Carlos Lorca Tobar N° 999, Comuna de Independencia, Ciudad de Santiago y que guarde relación con la prestación de servicios de salud que ella haya otorgado u otorgue, a través de ese Hospital Clínico al/la suscrito o a don(ña) _____, cédula de identidad número _____, incluyéndose, sin que la enunciación sea taxativa, días cama, derechos de pabellón, fármacos, materiales clínicos e insumos, prótesis, ortesis, exámenes de laboratorio e imagenología, procedimientos, honorarios profesionales, visitas médicas, traslados hacia otros prestadores de salud, consultas médicas y gastos de hotelería asociados a la respectiva hospitalización, más los impuestos correspondientes (IVA, etc.), el abajo firmante viene en conferir mandato especial a la Universidad de Chile, para que a través de la dependencia de ésta, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en mi nombre y representación proceda a completar el Pagaré N° _____ con el monto adeudado y su fecha de vencimiento, todo ello en beneficio de la mandataria. Con el mismo objeto señalado al comienzo, el/la abajo firmante y mandante 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 el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, como también las prestaciones de médicas hospitalizadas, farmacéuticas, exámenes, consultas, tratamientos, materiales clínicos e insumos que debieren proporcionarse, en su caso, al recién nacido que a aquél se relacione, más los impuestos correspondientes (IVA, etc.).

El presente mandato autoriza a la mandataria 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 a éste. Asimismo, autoriza a la mandataria para efectuar la publicación de un nombre completo, cédula de identidad y monto de lo adeudado en razón del citado pagaré, en Dicom y/o en el Boletín Comercial. Esta autorización se regirá, en cuanto a su revocación, por el Art. 4°, inciso 4°, de la Ley N° 19.628.

El pagaré a que se refiere el presente mandato no constituye, en modo alguno, novación de las obligaciones que mediante él se documentan.

El/la mandante declara que el presente mandato es gratuito y que respecto de la obligación de rendir cuenta que pesa en la mandataria, está la cumplirá mediante la entrega del detalle escrito de la cuenta generada por la prestación de salud señalada en este documento. El presente mandato será revocable a desde la fecha del pago total y efectivo de la deuda consignada en el pagaré señalado en este documento.

NOMBRE COMPLETO MANDANTE: _____

DOMICILIO: _____

R.U.T.: _____ FONOS: _____

FIRMA DE MANDANTE

Huella Digital:

(Utilizar pulgar derecho, en caso contrario
indicar dedo y/o mano utilizada:

PAGARE N°:

AUTORIZACION

_____, cédula de identidad número _____ autorizo a la Universidad de Chile, a través del Hospital Clínico de ésta, para que envíe los documentos suscritos y entregados en garantía del pago de la prestación de salud referida en el presente mandato y una vez que quede total y efectivamente pagada la cuenta respectiva, mediante:

Correo Certificado a mi domicilio: _____

Entrega en forma personal a don (ña): _____

FIRMA _____