



## Clínica Colonial

### PAGARÉ Y MANDATO

Debo y pagaré a la orden de Clínica Colonial S.A. ,RUT N° 96.790.040-0 , sociedad del giro de su denominación, con domicilio en Av. Pedro de Valdivia N° 2652, comuna de Nuñoa, Santiago; 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 Colonial 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 él o los suscriptores y demás obligados a su pago, y serán indivisibles según los artículos 1526 N°4 y 1528 y 1531 del Código Civil.

Libero al tenedor 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 Justicia; sin perjuicio de lo establecido en el artículo 50 A de la Ley N° 19.496.

En este acto y en forma expresa y en los términos del artículo 4° de la Ley N°19.628, autorizo a Clínica Colonial S.A. para efectos 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 y los antecedentes de la mora, todo ello en lo referido a las obligaciones que emanan del presente Pagaré, en algún sistema de información comercial, 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



## Clínica Colonial

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, impuestos, derechos notariales y demás tributos a que se encuentre afecto este Pagaré, como sus recibos, cancelaciones, son de cargo exclusivo de su deudor o suscriptor.

Nombre del Deudor o Suscriptor: \_\_\_\_\_

Suscriptor: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Deudor o Suscriptor

En Santiago, a: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



# Clínica Colonial

## INSTRUCCIONES

En virtud de lo previsto en el artículo 11º de la Ley N°18.092 sobre letras de cambio y pagaré instruyo y faculto a **Clínica Colonial 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 mí y/o a don(a) \_\_\_\_\_ ; 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.

En Santiago, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DEUDOR O SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_

### AVAL Y CODEUDA SOLIDARIA PAGARE N° \_\_\_\_\_

Todos y cada uno de los abajo firmantes se constituyen en fiadores y codeudores solidarios del suscriptor del presente pagaré a la orden de **Clínica Colonial S.A.**, RUT 96.790.040-0, aceptando anticipadamente todas las renovaciones de plazo y cantidad que el acreedor convenga en este instrumento con su suscriptor. Asimismo liberamos a **Clínica Colonial S.A.** de la obligación de protesto. La fianza y codeuda solidaria que se conviene en el presente pagaré es indivisible en los mismos términos que para el deudor principal. Designamos como domicilio la ciudad y comuna de Santiago, sometiéndonos a la competencia y jurisdicción de los tribunales ordinarios de Justicia de la ciudad de Santiago, facultando anticipadamente para que el acreedor recurra asimismo a cualquiera de los tribunales en los que tenga oficina establecida en el país.

En Santiago, a: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre de Garante: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Huella Dactilar

