

## **MANDATO ESPECIAL PAGARÉ**

En ..... a ..... de ..... de ..... el suscrito ..... cedula de identidad ..... de estado civil....., de nacionalidad....., de profesión u oficio ..... domiciliado en ..... Comuna ..... Ciudad....., viene en otorgar mandato especial a NUEVA CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES HOSPITALIZADAS S.A., del giro de su denominación, Rut 76.871.990-K, con domicilio en Avda. Alejandro Fleming 7885, Las Condes, Santiago; 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 HOSPITALIZADAS S.A, para incluir en el monto adeudado los gastos de Notaría, en caso de protesto del mismo y los impuesto correspondientes en caso que corresponda; por tanto, el firmante viene en conferir poder especial a NUEVA CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES HOSPITALIZADAS 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 otorgante confiere un mandato especial e irrevocable, en los términos del artículo 241 del Código de Comercio a ..... para que ésta actuando legalmente representada a nombre y representación del compareciente, con facultades especiales y expresas de autocontratar, suscriba el presente pagaré, llegando la cantidad a pagar del mismo en números y/o letras por el valor de las prestaciones otorgadas o por el valor del copago, o por el saldo adeudado, en su caso, más los honorarios de los profesionales que hubieren contribuido a la prestación, más los reajustes e intereses que correspondan, pudiendo este mandatario escribir o llenar la mención de la época del pago en el pagaré.

El tenedor del pagaré queda expresa e irrevocablemente facultado para solicitar de un Notario Público la autorización de la firma del suscriptor del mismo.

NOMBRE DEL MANDANTE .....

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

DOMICILIO: .....

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

FIRMA DEL MANDANTE: .....

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

Debo y pagaré a la orden de NUEVA CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES HOSPITALIZADAS S.A., del giro de su denominación, Rut 76.871.990-K, con domicilio en Avda. Alejandro Fleming 7885, Las Condes, Santiago, 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.



Se deja establecido que corresponderá al deudor acreditar el pago de lo adeudado, en caso de cobro judicial.

En este acto y en forma expresa y en los términos del artículo 4º de la Ley N°19.628, autorizo a NUEVA CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES HOSPITALIZADAS 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.

Para todos los efectos de este contrato, constituyo mi domicilio en la ciudad de ....., considerándose éste punto adecuado para las notificaciones y diligencias a que haya lugar y prorrogando competencia para ante sus Tribunales de Justicia.

NOMBRE DEL DEUDOR O SUSCRIPTOR: .....

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

DOMICILIO: .....

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

FIRMA DEL DEUDOR O SUSCRIPTOR: .....

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