



PAGARE N° _____

Debo (debemos), reconozco deber (reconocemos deber) y pagaré (pagaremos) a la orden de sociedad Instituto de Diagnóstico S.A., RUT 92.051.000-0, en su domicilio de Santiago, Avenida Santa María N° 1810, comuna de Providencia, y/o a quien ella represente, la cantidad de \$ _____.- (_____ pesos).

La fecha de vencimiento de este pagaré es el día ____ de _____ de _____, o el día hábil bancario siguiente si aquél fuere inhábil, en el domicilio de Instituto de Diagnóstico S.A.

En caso de mora o simple retardo en el pago de este pagaré se devengará, desde la fecha de la mora o del simple retardo y hasta su pago íntegro y efectivo, un interés penal igual al corriente a la fecha de la mora o del simple retardo para operaciones de crédito de dinero en moneda nacional no reajutable de plazo inferior a 90 días, establecido por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, interés que se calculará y pagará sobre el saldo total adeudado.

Cualquier derecho, gastos o impuesto que devengue este pagaré, su modificación, pago u otra circunstancia relativa a aquél o producida con ocasión del mismo, será de mi exclusivo cargo.

Todas las obligaciones emanadas de este pagaré serán solidarias para él o los suscriptores, avalistas y demás obligados al pago, y serán indivisibles para sus sucesores o herederos conforme con los artículos 1.526 N° 4 y 1.528 del Código Civil.

Para los efectos legales del presente pagaré, el suscriptor prorroga expresamente la competencia a los Tribunales Ordinarios de Justicia con asiento en la comuna y 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. El suscriptor, para el solo efecto del emplazamiento judicial, declara que su domicilio y residencia es el indicado en este pagaré, obligándose a dar inmediato aviso a través de carta certificada a Instituto de Diagnóstico S.A., en el evento de que realice cualquier cambio de domicilio.

Autorizo a Instituto de Diagnóstico S.A. en los términos del artículo 4° de la Ley 19.628 para que en caso de simple retardo, mora o incumplimiento de las obligaciones contraídas en el presente pagare, ingrese mis datos personales, como también los datos de mora o incumplimiento, en algún sistema de información comercial para ser digitados, procesados, tratados y comunicados, ya sean públicas o privadas, en línea o en el sistema de información SIISA u otro alternativo. Instituto de Diagnóstico S.A. queda expresamente eximido de la obligación de protesto del presente pagaré.

En Santiago, a ____ de _____ de _____.

Nombre suscriptor :
RUT N° :
Domicilio :
Comuna :

Firma Suscriptor



Huella digital



MANDATO ESPECIAL

Con el objeto de facilitar el pago de cualquier suma de dinero que el suscriptor del pagaré N°, adeude, o llegare a adeudar a Instituto de Diagnóstico S.A. o a cualquiera de sus filiales y que digan relación con las prestaciones de salud de cualquier naturaleza que dicha sociedad o cualquiera de sus filiales le haya otorgado al paciente:

Don
Cédula nacional de identidad N°

el suscriptor del presente instrumento, viene en otorgar a **INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO S.A.**, RUT 92.051.000-0, domiciliada en Avenida Santa María N° 1810, comuna de Providencia, Santiago, mandato especial amplio, con el propósito que dicha sociedad, por medio de quien ésta unilateralmente designe, reconozca las sumas de dinero que resulten adeudadas por concepto de prestaciones de salud de cualquier naturaleza que dicha sociedad o cualquiera de sus filiales le haya otorgado al paciente arriba individualizado, como hospitalizaciones, farmacia, exámenes, consultas, tratamientos, honorarios médicos generados y demás gastos generados durante la permanencia de dicha persona en Clínica Indisa, incluidos los impuestos y gastos que se devenguen con motivo del eventual protesto del pagaré, que como garantía de pago a dichas prestaciones ha suscrito a favor de Instituto de Diagnóstico S.A.

Al efecto, el suscriptor y mandante que suscribe, declara que, en el adverso de este documento, ha suscrito un pagaré a la orden de Instituto de Diagnóstico S.A., dejando en blanco la fecha de vencimiento y la cantidad adeudada.

Por este instrumento, el mandante confiere poder especial, tan amplio y suficiente como en derecho corresponda, a Instituto de Diagnóstico S.A. para que dicha sociedad, en su calidad de legítima y autorizada tenedora del pagaré, lo llene por medio de quien ésta unilateralmente designe, en cuanto a su fecha de vencimiento y cantidad adeudada, incluyendo impuestos y cualquier otro gasto.

Se declara expresamente, que el pagaré no constituirá novación de las obligaciones pendientes.

El mandante declara que, está en conocimiento y acepta que en el caso de que el pagaré precedente esté afecto al Impuesto de Timbres y Estampillas, éste será de su cargo junto con los demás gastos de emisión, por lo que autoriza a Instituto de Diagnóstico S.A. a reembolsar los montos que haya pagado por esos conceptos, mediante el cobro en la cuenta del paciente, montos que también quedan garantizados con el pagaré. Acepta y se encuentra en conocimiento que el monto de dicho impuesto será fijado en forma provisoria, el que será de cargo de Instituto de Diagnóstico S.A. En caso de llenarse el pagaré, el mandante declara asumir el pago de la diferencia del impuesto entre el monto provisorio y definitivo que afecte al pagaré.

Si dentro de los 15 días siguientes de efectuado el pago total de las prestaciones de salud a que se refiere este instrumento, el suscriptor no retira de Instituto de Diagnóstico S.A. el pagaré, autoriza a esta última para que proceda a la anulación y posterior destrucción del documento.

Finalmente autoriza y mandata también a Instituto de Diagnóstico S.A. a autorizar su firma en dicho pagaré, por notario.

En Santiago, a ____ de _____ de ____.

Nombre mandante :
RUT N° :
Domicilio :
Comuna :

Firma



Huella digital



AVAL Y CODEUDA SOLIDARIA PAGARE N° _____

Todos y cada uno de los abajo firmantes se constituyen en fiadores y codeudores solidario del suscriptor del presente pagaré a la orden de **Instituto de Diagnóstico S.A.**, RUT 92.051.000-0, aceptando anticipadamente todas las renovaciones de plazo y cantidad que el acreedor convenga, en este instrumento con su suscriptor. Asimismo liberamos a **Instituto de Diagnóstico 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 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 garante :
RUT N° :
Domicilio :
Comuna :

Firma



Huella digital