



El paciente (o su representante) abajo individualizado (en adelante "El Suscriptor"), declara que DEBE Y PAGARA a la orden de Clínica Santa María S.A., RUT 90.753.000-0, en adelante "El Acreedor", domiciliado en Av. Santa María 0410, Providencia, Santiago, la cantidad de \$ _____ (_____ pesos) al día del pago efectivo. La suma antes expresada la pagaré a más tardar el día _____ de _____ del año _____.

El no pago oportuno del capital anteriormente estipulado facultará a Clínica Santa María S.A. para hacer exigible de inmediato el total adeudado, en cuyo caso me obligo a pagar intereses penales a contar del día siguiente de la mora y hasta su pago total, a una tasa igual a la máxima permitida estipular para obligaciones en moneda nacional no reajustables 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 conforme a los artículos 1.526 N° 4, 1.528 y 1.531 del Código Civil.

Los gastos de emisión, suscripción, protesto y de cobranza extrajudicial derivados del presente pagaré serán de cargo del suscriptor, conforme a las tablas de impuestos, tasas, aranceles, derechos notariales y/o valores vigentes al momento de su llenado, protesto y cobranza. En caso de cobranza extrajudicial, aplicará lo prevenido por el art. 37 de la ley 19.496.

En Santiago, a _____ / _____ / _____

Nombre del suscriptor del pagaré: _____

R.U.T: _____ Domicilio del suscriptor del pagaré (calle o pasaje): _____

_____ N°: _____ Villa: _____

Comuna: _____ Ciudad: _____

Firma del deudor (suscriptor del pagaré)

En virtud de lo previsto en el artículo 11 de la Ley N° 18.092 sobre letras de cambio y pagaré, instruyo a CLINICA SANTA MARIA S.A., a la sociedad de SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LIMITADA y/o a la ASOCIACION MEDICA SANTA MARIA S.A., todas del giro de su denominación, RUT 90.753.000-0 y RUT 77.200.240-8, RUT 96.919.340-K, respectivamente, para que proceda a incorporar la fecha de vencimiento del presente pagaré. Asimismo, faculto e instruyo a CLINICA SANTA MARIA S.A., a la sociedad de SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LIMITADA y a la ASOCIACION MEDICA SANTA MARIA S.A., todas del giro de su denominación, para incorporar la fecha de pago o de vencimiento, el monto o suma de dinero correspondiente al valor de las prestaciones de servicios de salud que haya otorgado u otorgue la Clínica al paciente Don (ña) _____, en el monto que corresponda al total de las prestaciones y servicios efectuadas, incluyendo lo correspondiente a insumos y honorarios médicos, si correspondiera.

En Santiago, a ____/____/____

Firma del deudor