



**PAGARE HOSPITALIZACION**

Debo y pagaré a la orden de CM Antofagasta S.A., Rut 95432000-6, en su dirección de M.A.Matta 1945 de la ciudad de Antofagasta, la cantidad de \$..... pesos moneda legal. La suma antes expresada, la pagaré a mas tardar el dia .... de ..... del año .....

Todas las obligaciones que emanen de este pagaré, serán solidarias para el o los suscriptores, fiadores, codeudores y demás, obligados a su pago y serán consideradas indivisibles para el suscriptor, sus herederos y/o sucesores, para todos los efectos legales y en especial aquellos contemplados en los artículos 1.526 N°4 y 1.528 del Código Civil.

El deudor libera a CM Antofagasta S.A., de la obligación de protesto, pero si opta por efectuarlo, podrá hacerlo, a su libre elección, en forma bancaria, notarial, o por el funcionario público que corresponda. En el evento de protesto, el deudor se obliga a pagar los gastos notariales de autorización de firmas e impuestos de acuerdo a la Ley de timbres y estampillas que dicha diligencia devengue, en conformidad a las normas pertinentes.

Para los efectos de la eventual cobranza judicial de la suma adeudada, constituyo domicilio en la comuna en que se encuentra la oficina señalada como lugar de pago de este documento, sometiéndome a la jurisdicción y competencia de sus tribunales de justicia.

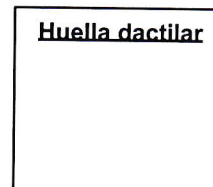
En caso de mora o simple retardo en el pago de la deuda, CM Antofagasta S.A., podrá cobrar anticipadamente el presente pagaré, el que en este evento se considerara de plazo vencido para todos los efectos legales y convencionales, como también si se solicitare la declaración de quiebra del suscriptor, sea por sí o por un tercero, o si este formulare proposiciones de convenio extrajudicial o judicial. En estos casos se devengará un interés moratorio igual al máximo que la ley permite estipular para operaciones de crédito de dinero para operaciones no reajustables. El interés moratorio indicado se aplicará sobre el total del saldo adeudado, desde la mora simple retardo y hasta la fecha de su pago efectivo.

Suscriptor autoriza a CM Antofagasta S.A., para que en el evento de la mora, simple retardo o incumplimiento, en el todo o parte del saldo adeudado, los datos personales referente a nombres, rut y monto de pagaré y los relativos a este incumplimiento se traten y/o comuniquen a terceros sin restricciones, en el registro o banco de datos SICOM (Sistema de Morosidades y Protestos Dicom) de Equifax Chile S.A. o en cualquier otro banco de datos. Esta autorización podrá ser revocada sólo por escrito notificada a CM Antofagasta S.A., y la revocación no tendrá efecto retroactivo.

En virtud de lo previsto en el artículo 11 de la Ley N° 18.092 sobre letras de cambio y pagarés, instruyo a CM Antofagasta S.A., para que proceda a incorporar la fecha de vencimiento en el presente pagaré. Asimismo, faculto e instruyo a CM Antofagasta S.A., para incorporar el monto o suma de dinero correspondiente al valor de las prestaciones de servicios de salud que haya otorgado u otorgue CM Antofagasta S.A. al paciente don (ña) .....  
R.U.N.....

CM Antofagasta S.A. M.A.Matta 1945 Antofagasta  
Fono: 55-2468370

**Huella dactilar**





Asimismo, por este acto, vengo en reconocer adeudar a CM Antofagasta S.A., las obligaciones que emanan de la prestación de servicios de salud que se me haya otorgado u otorgue o a don o doña ....., cédula de identidad N° ....., incluyéndose días cama, derechos de pabellón, fármacos, materiales clínicos e insumos, prótesis, órtesis, exámenes de laboratorio e imagenología, procedimientos, honorarios profesionales, visitas médicas, consultas médicas, y gastos de hotelería asociados a la respectiva hospitalización, más los impuestos sea I.V.A. u otro que corresponda.

En Antofagasta a ..... de ..... de 20 .....

**Datos Suscriptor**

Nombre:

Rut:

Domicilio:

Fono:

**Huella dactilar**

**Datos Paciente**

Nombre:

Rut:

Domicilio:

Comuna:

Fonos:

Admisión: