

PAGARE N° FE - 7753

Debo (debemos), reconozco deber (reconocemos deber) y pagaré (pagaremos) a la orden de Sociedad Oncovida S.A. RUT 99.598.070-3, en su domicilio de Santiago, Manuel Montt 427 piso 1, comuna de Providencia y/o a quién ella represente, la cantidad de _____.

La fecha de vencimiento de este pagaré es el día _____ de _____ de _____, o el día bancario siguiente si aquel fuera inhábil en el domicilio de Sociedad Oncovida S.A.

En caso de mora o simple retardo en el pago de este pagaré se devengará, desde la fecha de mora o el 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 reajustable 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 e impuestos 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 el 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 Sociedad Oncovida S.A., en el evento que realice cualquier cambio de domicilio.

Autorizo a Sociedad Oncovida S.A. en los términos del artículo 4º de la Ley 19.628 para que en caso de simple retardo, mora o incumplimiento de las obligaciones contraídas en el presente pagaré, ingrese mis datos personales, como también los datos de mora e 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 Equifax Dicom u otro alternativo.

Sociedad Oncovida S.A. queda expresamente eximida de la obligación de protesto del presente pagaré.

En Santiago, a [!DIA!] de [!MES!] de [!ANO!]

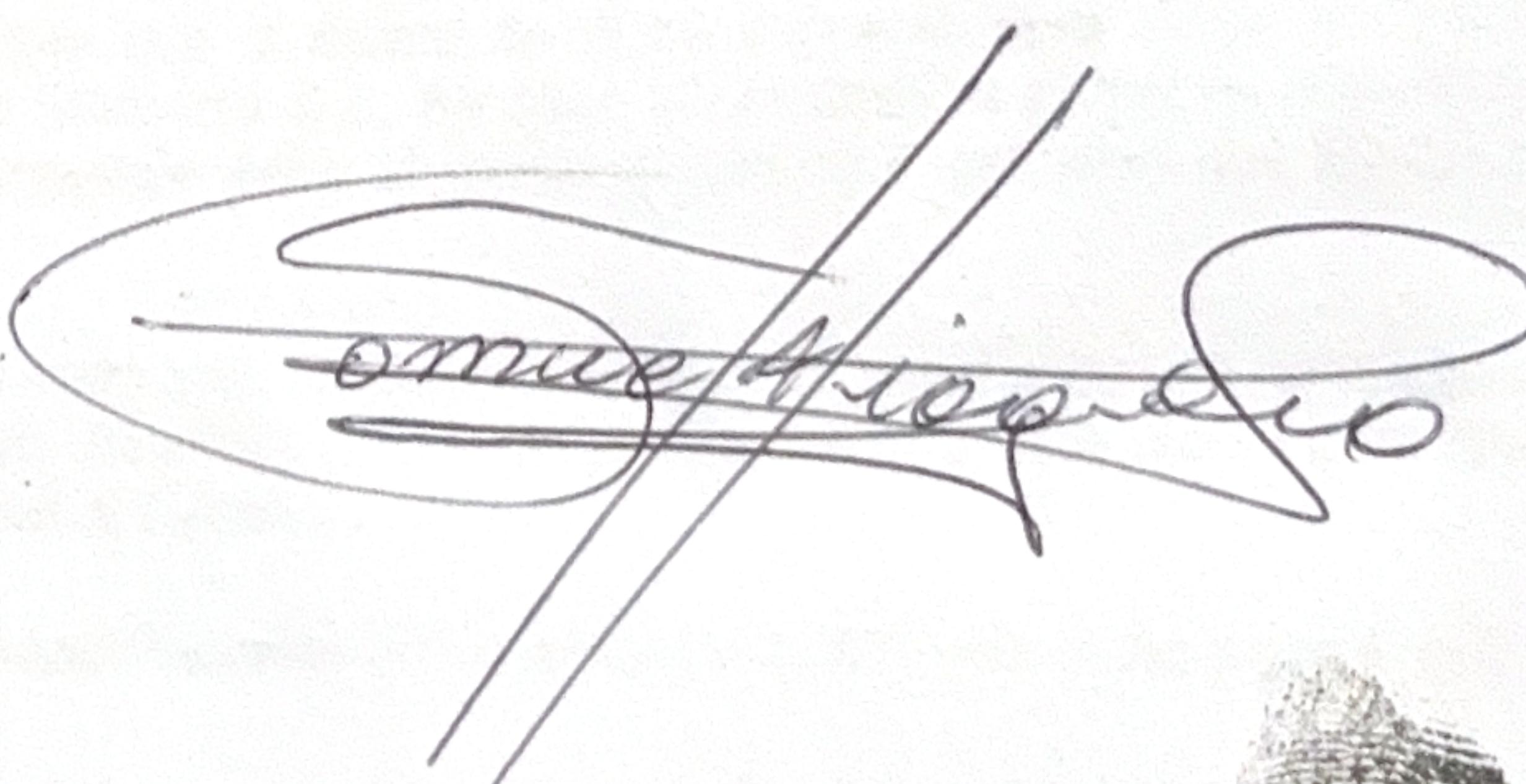
Nombre Suscriptor: **SAMUEL ALIAGA**

RUT N°: **10824705-3**

Teléfono: **996969917**

Domicilio: **MARTINEZ 3 DE ALDUNATE 01059**

Comuna: **RANCAGUA**



MANDATO ESPECIAL

Con el objetivo de facilitar el pago de cualquier suma de dinero que el suscriptor de pagaré N° 7753.

Adeude, o llegare a adeudar a Sociedad Oncovida 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 SAMUEL , ALIAGA ROMERO

Cedula Nacional de Identidad N° 10824705-3

El suscriptor del presente instrumento, viene a otorgar a Sociedad Oncovida S.A., RUT 99.598.070-3, en su domicilio de Santiago, Manuel Montt 427 piso 1, comuna de Providencia, Santiago, mandato especial amplio, con el propósito que dicha sociedad, por medio de quien esta 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 Sociedad Oncovida S.A., 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 Sociedad Oncovida 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 Sociedad Oncovida 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 Sociedad Oncovida S.A. para que dicha sociedad, en su calidad de legítima y autorizada tenedora del pagaré, lo llene por medio de quién 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 Sociedad Oncovida 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 Sociedad Oncovida 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 el pagaré.

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

Finalmente autoriza y manda también a Sociedad Oncovida S.A. a autorizar su firma en dicho pagaré, por notario

En Santiago, a **[!DIA!]** de **[!MES!]** de **[!ANO!]**

Nombre Suscriptor: **SAMUEL ALIAGA**

RUT N°: **10824705-3**

Teléfono: **996969917**

Domicilio: **MARTINEZ 3 DE ALDUNATE 01059**

Comuna: **RANCAGUA**

