

MANDATO ESPECIAL

En Santiago, a 18 de Julio de 2013

Comparece Don Cristina Albornoz Caceres

Cédula Nacional de Identidad N° 12.262.010.5

Domiciliado en Dona Gué N° 2878, Comuna

Ciudad Santiago en adelante el "Mandante" y expone:

Que con el objeto de documentar en título ejecutivo y facilitar el cobro de la totalidad o el saldo que el mandante adeude a CLÍNICA LAS LILAS, el Mandante suscribe, sin ánimo de novar, un Pagaré a la Orden de CLÍNICA LAS LILAS, con algunas menciones en blanco, otorgando al mismo tiempo, por este acto a CLÍNICA LAS LILAS y a sus sucesores o endosatarios, el presente mandato especial, para que en nombre y representación del Mandante, proceda a incorporar al Pagaré mencionado, antes de su cobro, la fecha de expedición, la fecha de vencimiento y el monto de capital adecuado. CLÍNICA LAS LILAS, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 11° de la Ley N° 18.092 sobre Letra de Cambio y Pagaré, deberá incorporar las menciones faltantes al citado pagaré, con arreglo a las siguientes instrucciones:

1. La fecha de expedición del pagaré corresponderá al día en que se complete el mismo.
2. La fecha de vencimiento del pagaré será el día hábil siguiente al de su expedición.
3. CLÍNICA LAS LILAS, procederá a enterar el correspondiente impuesto de timbres y estampillas que grava el pagaré, dentro de los plazos establecidos en el D.L. 3.475 de 1980. El costo del impuesto que deba pagarse con ocasión del llenado del pagaré será de cargo exclusivo del Mandante.
4. El capital adeudado será el saldo mencionado que se adeude a la fecha de expedición, con su correspondiente reajuste, más los intereses corrientes gastos de cobranzas y el monto el impuesto de timbres y estampillas que corresponda, según liquidación que al efecto se practique.
5. CLÍNICA LAS LILAS, queda expresamente facultada para autorizar ante Notario Público la firma del suscriptor y del aval, una vez completados los blancos del Pagaré, como asimismo, queda facultada para autorizar ante Notario Público las firmas consignadas de este mandato.
6. Los Mandantes relevan expresamente a CLÍNICA LAS LILAS, de la obligación de rendir cuenta.
7. Todos los gastos, derechos notariales, impuestos y desembolsos que tengan su origen en las presentes instrucciones y en el mencionado pagaré, serán de cargo exclusivo de los Mandantes en forma solidaria.
8. El presente mandato es irrevocable y terminará sólo una vez que cualquiera de los Mandantes pague en forma íntegra el saldo adeudado a CLÍNICA LAS LILAS.


FIRMA DEL MANDANTE

NOTARIO PÚBLICO

R.U.T. N° 12.262.010.5

MANDATO ESPECIAL

En Santiago, a 18 de Junio de 20 13

Comparece Don Cristina Alboreo CARLOS

Cédula Nacional de Identidad N° 12.262.090.51

Domiciliado en Dron Ave N° 2878, Comuna _____

Ciudad Santiago en adelante el "Mandante" y expone:

Que con el objeto de documentar en título ejecutivo y facilitar el cobro de la totalidad o el saldo que el mandante adeude a CLÍNICA LAS LILAS, el Mandante suscribe, sin ánimo de novar, un Pagaré a la Orden de CLÍNICA LAS LILAS, con algunas menciones en blanco, otorgando al mismo tiempo, por este acto a CLÍNICA LAS LILAS y a sus sucesores o endosatarios, el presente mandato especial, para que en nombre y representación del Mandante, proceda a incorporar al Pagaré mencionado, antes de su cobro, la fecha de expedición, la fecha de vencimiento y el monto de capital adecuado. CLÍNICA LAS LILAS, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 11° de la Ley N° 18.092 sobre Letra de Cambio y Pagaré, deberá incorporar las menciones faltantes al citado pagaré, con arreglo a las siguientes instrucciones:

1. La fecha de expedición del pagaré corresponderá al día en que se complete el mismo.
2. La fecha de vencimiento del pagaré será el día hábil siguiente al de su expedición.
3. CLÍNICA LAS LILAS. procederá a enterar el correspondiente impuesto de timbres y estampillas que grava el pagaré, dentro de los plazos establecidos en el D.L. 3.475 de 1980. El costo del impuesto que deba pagarse con ocasión del llenado del pagaré será de cargo exclusivo del Mandante.
4. El capital adeudado será el saldo mencionado que se adeude a la fecha de expedición, con su correspondiente reajuste, más los intereses corrientes gastos de cobranzas y el monto el impuesto de timbres y estampillas que corresponda, según liquidación que al efecto se practique.
5. CLÍNICA LAS LILAS. queda expresamente facultada para autorizar ante Notario Público la firma del suscriptor y del aval, una vez completados los blancos del Pagaré, como asimismo, queda facultada para autorizar ante Notario Público las firmas consignadas de este mandato.
6. Los Mandantes relevan expresamente a CLÍNICA LAS LILAS. de la obligación de rendir cuenta.
7. Todos los gastos, derechos notariales, impuestos y desembolsos que tengan su origen en las presentes instrucciones y en el mencionado pagaré, serán de cargo exclusivo de los Mandantes en forma solidaria.
8. El presente mandato es irrevocable y terminará sólo una vez que cualquiera de los Mandantes pague en forma integra el saldo adeudado a CLÍNICA LAS LILAS.


FIRMA DEL MANDANTE

R.U.T.: N°

12.262.090-5

NOTARIO PÚBLICO



CLINICA - HOSPITALES Y OTROS
 Eliodoro Yáñez N° 2087- Fono: 670 08 00
 Providencia - Santiago
 RUT.: 99.567.970 - 1

MANDATO DE TRAMITACION INTERNA CON ISAPRE

(B)

N° 012203

En Santiago de Chile, a 18 del mes de Junio del año 2013
 yo, Cristina Albornoz Caceres, chileno, estado civil divorciada
 de profesión Asistente Publicación, cédula nacional de identidad N° 12.262.090-5
 con domicilio en Osmon Cruz 2878, comuna Maul, expongo que
 vengo en este acto en internar (me) bajo mi exclusiva responsabilidad económica al (la) paciente
Isidora Vega Albornoz, y en manifestar lo siguiente:

PRIMERO: Declaro que la responsabilidad económica que asumo consiste en pagar todos los gastos, honorarios médicos, servicios, insumos y medicamentos y otros que procedan con motivo de la atención que encargo se efectúe para el cuidado de la salud de la persona citada como paciente, desde esta fecha y hasta el término de los servicios de cuidados que por este instrumento solicito se efectúen.

SEGUNDO: Declaro de la misma forma que confiero mandato especial, pero tan amplio como en derecho proceda, a CLINICA LAS LILAS, rol único tributario N° 99.567.970-1, para que éstas, por medio del funcionario que unilateralmente determinen, tramiten, realicen y efectúen cualquier gestión necesaria ante la Institución de Salud Previsional a que me encuentro afiliado, para obtener el pago de las prestaciones médicas que se me otorguen, facultando al mandatario para firmar y presentar, formularios, solicitudes y cartas explicativas que sean requeridas como todo otro documento, incluso pudiendo dar recibos y cancelaciones, facultando además al mandatario para percibir las coberturas y/o bonificaciones que correspondan de acuerdo al plan o programa a que me encuentro afiliado.

TERCERO: Por último y en conformidad a lo dispuesto en los artículos 4 y 10 de la Ley 19.628 y en el artículo 127 del Código Sanitario, por el presente acto e instrumento declaro que consiento expresa e irrevocablemente en autorizar al portador de este documento, en la medida que lo requiera el cumplimiento del objeto consignado en la Cláusula Segundo de este instrumento y, en especial, para obtener el pago de las prestaciones otorgadas, a revelar el contenido o dar copia de mis antecedentes médicos, clínicos, recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorio y demás servicios relacionados con la atención prestada.

En comprobante firma

Nombre: Isidora Vega Villamuel

Cédula de identidad N° 8409635-0

FICHA CLINICA **9073937** PACIENTE **VEGA ALBORNOZ, ISIDORA AMANDA**
 INGRESO N° **6** RUT **23.992.422-0**
 TIPO DE REGISTRO **ADMISIÓN** PREVISION **COLMENA**
 FECHA DE INGRESO **16-07-2013** FECHA DE ALTA **16-07-2013**
 MEDICO TRATANTE **CLINICA LAS LILAS S.A (MEDICO RESIDENTE)**

ATENCION	CONDICION	CODIGO	CANT	AFECTO	EXENTO	IVA	TOTAL
URGENCIA PEDIATRICA							
PRESTACIONES							
Torax (Frontal Y Lateral) (Incluye Fluoroscopia) (2 F)		0401070	1	0	21.280	0	21.280
Virus Sincial Respiratorio Test Rapido		0306927	1	11.345	0	2.155	13.500
Virus Influenza A Y B Test Rapido		0306926	1	11.345	0	2.155	13.500
Adenovirus Test Rapido		0306680	1	17.439	0	3.313	20.752
			SubTotal :	40.129	21.280	7.623	69.032
PRODUCTOS							
Aerocamara Pediatrica/Lactante		50008790	1	2.900	0	551	3.451
Aerolin Inh. (Salbutamol)		40002649	1	8.298	0	1.577	9.875
Funda Termometria Digital		50009535	1	217	0	41	258
Torula Flexible Fina Nasofarin. 503Cs01		50008875	1	1.237	0	235	1.472
Tubo Rojo Vidrio 10Cc		50008856	1	101	0	19	120
			SubTotal :	12.753	0	2.423	15.176
URGENCIA PEDIATRICA							
PRESTACIONES							
Consulta De Urgencia (H. Inhabil)		0101112	1	27.451	0	5.216	32.667
			SubTotal :	27.451	0	5.216	32.667

TOTAL AFECTO	80.332
TOTAL EXENTO	21.280
TOTAL IVA	15.263
TOTAL CLINICA	116.875

852.917

Fecha: 16/7/2013

Nombre: Isidora VEGA Alonso

Ficha N°: _____

Rp. Neumonía URS (+)
de solución kinésio terapia
Respiratoria

- Evaluación (+2)
- Ejercicios Respiratorios
- Ejercicios terapéuticos
- Manejo postural

Clinica Golden Cross S.A.
GRIDA SALUD
CASO AUGE

X 5 Sesiones

GUERRERO PIÑA HNOS - RUT: 50.227.580-1 - F/FAX: 5566931

Nombre Médico:

I.C.M.:

R.U.T.:

Dra. Aida R. Solis N.
PEDIATRA
Rut: 9.972.065-4

Firma Médico: