



SINDICATO N° 5 PUC  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Santiago, 22 de julio de 2013

## SOLICITUD INTERNA PRÉSTAMO DE EMERGENCIA

NOMBRES : CRISTINA  
APELLIDOS : ALBORNOZ CACERES  
RUT : 12.262.090-5  
UNIDAD : Facultad De Teología  
ANEXO : 1637  
MAIL : calborna@uc.cl  
CAMPUS : San Joaquín

Vengo a solicitar a la directiva del sindicato N°5 PUC, el BENEFICIO PRÉSTAMO DE EMERGENCIA, MONTO \$ 250.000.-, el cuál me comprometo a devolver en **10 cuota(s)** de \$ 25.000.- mensuales. Autorizando al sindicato para que dichas cuotas sean descontadas por planilla.

El Motivo de la solicitud es para: **Pago de hospitalización y urgencias de mi Hija Isidora Vega Albornoz.**

En caso de encontrarme con licencia o en su efecto con sueldo insoluto, me comprometo a guardar el dinero de la cuota, ya que el sistema de remuneraciones, de manera automática descontará los saldos adeudados.

A su vez, autorizo al sindicato a descontar EL SALDO de mi deuda desde mi indemnización o de mi último sueldo, en caso de término de contrato con la Universidad o a causa de mi fallecimiento.



---

**FIRMA**

## **PROCEDIMIENTO**

- 1.- Llene sus datos con letra clara y legible. De preferencia hágalo en el computador.
- 2.- El monto máximo del préstamo de EMERGENCIA podrá ser hasta \$ 250.000.- descontado por planilla, hasta en 10 cuotas, sin interés.
- 3.- Para legalizar la solicitud, esta ficha deberá subirla desde su sesión a la plataforma [www.cato5.cl](http://www.cato5.cl) modulo **Solicitud de Beneficios código 1300 - A**
- 4.- Este beneficio podrá ser solicitado solo una vez al año y será autorizado por Resolución de Directiva.-
- 5.- Una vez asignado el préstamo de EMERGENCIA, éste será depositado en su cuenta bancaria, informada en su ficha de datos personales, en [www.cato5.cl](http://www.cato5.cl) , dentro de las próximas 48 horas. O dependiendo de disponibilidad de fondos.

## 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 Caceres

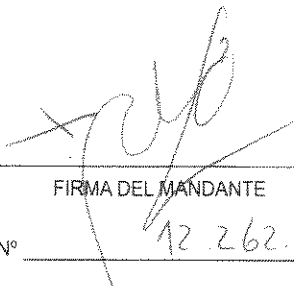
Cédula Nacional de Identidad N° 12.262.090.51

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 Osorno 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
<b>URGENCIA PEDIATRICA</b>							
<b>PRESTACIONES</b>							
Torax (Frontal Y Lateral) (Incluye Fluoroscopia) (2 F		0401070	1	0	21.280	0	21.280
Virus Sincicial 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
			<b>SubTotal :</b>	<b>40.129</b>	<b>21.280</b>	<b>7.623</b>	<b>69.032</b>
<b>PRODUCTOS</b>							
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
			<b>SubTotal :</b>	<b>12.753</b>	<b>0</b>	<b>2.423</b>	<b>15.176</b>
<b>URGENCIA PEDIATRICA</b>							
<b>PRESTACIONES</b>							
Consulta De Urgencia (H. Inhabil)		0101112	1	27.451	0	5.216	32.667
			<b>SubTotal :</b>	<b>27.451</b>	<b>0</b>	<b>5.216</b>	<b>32.667</b>

<b>TOTAL AFECTO</b>	<b>80.332</b>
<b>TOTAL EXENTO</b>	<b>21.280</b>
<b>TOTAL IVA</b>	<b>15.263</b>
<b>TOTAL CLINICA</b>	<b>116.875</b>

852.917





OP 91444



V. 06



Nº

Nº CONTRATO		Nº CORP		Nº SECURIDAD		FECHA EMISIÓN		TPO PLAN		CATEGORIA		SUC. PAGO		FECHA PAGO		COD. CONV.			
424727		7		5654		4		S6		17/07/2013		R1		BU 707		0		493202	
NOMBRE DEL PACIENTE		NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO		NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO		NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO		NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO		NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO		NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO		NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO		NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO		NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO	
VEGA ALBERNOZ ISIDORA AMANDA		VEGA ALBERNOZ ISIDORA AMANDA		VEGA ALBERNOZ ISIDORA AMANDA		VEGA ALBERNOZ ISIDORA AMANDA		VEGA ALBERNOZ ISIDORA AMANDA		VEGA ALBERNOZ ISIDORA AMANDA		VEGA ALBERNOZ ISIDORA AMANDA		VEGA ALBERNOZ ISIDORA AMANDA		VEGA ALBERNOZ ISIDORA AMANDA		VEGA ALBERNOZ ISIDORA AMANDA	
RUT MEDICO / ESTABLECIMIENTO		RUT MEDICO / ESTABLECIMIENTO		RUT MEDICO / ESTABLECIMIENTO		RUT MEDICO / ESTABLECIMIENTO		RUT MEDICO / ESTABLECIMIENTO		RUT MEDICO / ESTABLECIMIENTO		RUT MEDICO / ESTABLECIMIENTO		RUT MEDICO / ESTABLECIMIENTO		RUT MEDICO / ESTABLECIMIENTO		RUT MEDICO / ESTABLECIMIENTO	
66672810-K		66672810-K		66672810-K		66672810-K		66672810-K		66672810-K		66672810-K		66672810-K		66672810-K		66672810-K	



VALDO HASTA 15/09/2018

DETALLE DE LAS PRESTACIONES

Descripción Prestaciones	Tipo	Plaza	Código Atención	Cantidad	Código Base	Valor Cobrado	Bonificado	Copago
PEDIATRIA	1A	30139	1	11.486	7.392	4.094		
<p>1. COLMENA GOLDEN CROSS</p> <p>2 17 JUL 2013 2</p> <p>PAGADO</p> <p>Suc. La Florida Salud</p>								
<b>TOTALES</b>								
						41.486	7.392	4.094

DECLARACION DEL PROFESIONAL MEDICO O ESTABLECIMIENTO MEDICA AL HABER OTORGADO LA PRESTACION MEDICA INDICADA AL AFILIADO IDENTIFICADO EN ESTE ORDEN		VALOR ORDEN	
VEGA MILLARROEL RUBEN		11.486	
FORMA DE PAGO: Efectivo		11.486	
FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO O ESTABLECIMIENTO		BENEFICIOS	
FIRMA Y TIMBRE CALERO		10.27 005586 - 4498202	

AFILIADO

Nº FOLIO: 37038512



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:

## INGRESO PACIENTE

Registro N°: 9073937

PACIENTE: Isidora Amanda Vega Albornoz

RUT : 23.992.422-0      FECHA DE NAC. : 25/06/2012      SEXO : Femenino  
DIRECCIÓN : Ramon Cruz 2878  
COMUNA : Macul      CIUDAD : Santiago  
FONO : 2-9686744      CELULAR : 66669486 RUBEN VEG.      EMAIL :

### INGRESO N°: 5

FECHA INGRESO : 18/06/2013      HORA : 21:44      TIPO HAB : Dia Cama U.T.I. Ped.  
TIPO ATENCIÓN : Hospitalario      HABITACIÓN : URP-T  
SERVICIO : Intermedio Pediatrico      CAMA : UTI1  
ISAPRE : Colmena  
MÉDICO TRATANTE: 99.567.970-1      Clínica Las Lilas S.A (Medico Residente)  
PAQUETE :  
CONVENIO : COLMENALE      Convenio Colmena Libre Eleccion Hospitalario  
DIAGNÓSTICO DE INGRESO : Convulsión Febril

### ALTA

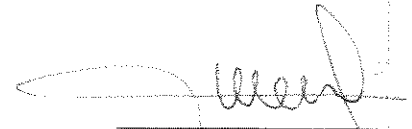
FECHA ALTA :      HORA :  
MÉDICO ALTA :  
MOTIVO ALTA :  
CÓDIGO CIE10 :  
OBSERVACIONES :

### CONTACTO

NOMBRE : CRISTINA ALBORNOZ CACERES  
FONO : 9-8737720

### RESPONSABLE

NOMBRE : Cristina Albornoz Caceres  
RUT : 12.262.090-5  
FONO : 9-8737720

  
Firma Responsable

### OBSERVACIONES

Firma Paciente

Debo y pagaré a la orden de Clínica Las Lilas S.A., rol único tributario Nº 99.567.970-1, en su domicilio de Avenida Elodoro Yañez Nº 2087, comuna de Providencia, la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ pesos moneda legal, que equivale a esta fecha a la cantidad de \_\_\_\_\_ unidades de fomento. Dicha suma la pagaré reajustada en un porcentaje igual a la variación que experimente el valor de la unidad de fomento entre esta fecha y el día del pago efectivo. Pagaré, además, el \_\_\_\_\_ % de interés mensual, calculado sobre el total adeudado en unidades de fomento a la fecha de pago.

El capital adeudado lo pagaré en \_\_\_\_\_ cuotas iguales, mensuales y sucesivas, pagadero dentro de los diez primeros días de cada mes, venciendo la primera de ellas el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y la última de ellas el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

El no pago oportuno de alguna de las cuotas anteriormente estipulado facultará a Clínica Las Lilas S.A., para hacer exigible de inmediato el saldo adeudado como si fuera de plazo vencido, en cuyo caso me obligo a pagar intereses penales a contar del día siguiente de la mora y hasta su pago total en una tasa igual a la máxima permitida estipulada para obligaciones en moneda nacional reajustables vigentes al tiempo de la convención o de la mora a elección del acreedor. La caducidad del plazo de ha estipulado en beneficio exclusivo del acreedor.

Todas las obligaciones que emanan de este pagaré serán solidarias para el o los suscriptores y demás obligados a su pago, y serán indivisibles conforme a los artículos 1.526 Nº 4, 1.528 y 1.531 del Código Civil.

Libero al tenedor de la obligación de protesto y constituyo, para todos los efectos legales, domicilio en la comuna en que se encuentra la oficina señalada como lugar de pago de este documento y me someto a la jurisdicción y competencia de sus tribunales.

En este acto y en forma expresa, el cliente autoriza a Clínica Las Lilas S.A., en los terminos señalados en el Artículo 4 de la Ley 19.628, para que, en el solo evento de incurrir mora o simple retardo en el pago de cualquiera de las cuotas señaladas en el presente contrato, ésta ingrese los datos personales del cliente y los antecedentes de la mora o incumplimiento en algun sistema de información comercial, facultado expresamente para que se realice su diligencia, procesamiento, tratamiento y comunicación, sea pública o privada, en línea o en cualquier otra forma. Esta autorización puede ser revocada sólo por escrito, no teniendo dicha revocación efecto retroactivo.

En Santiago a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DEUDOR: Castana Albarran Corales Rut.: 12.262.090.5

DOMICILIO DEL DEUDOR (Calle o pasaje): Barrio Cuz Nº 2878

VILLA \_\_\_\_\_ COMUNA: Naval CIUDAD: Santiago

FIRMA DEL DEUDOR: 

INSTRUCCIONES

En virtud de lo previsto en el artículo 11 de la ley Nº 18.092, sobre letras de cambio y pagaré, instruyo a Clínica Las Lilas S.A., para que proceda a incorporar la fecha de vencimiento del presente pagaré. Asimismo, faculto e instruyo a Clínica Las Lilas 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 Clínica Las Lilas S.A. al paciente, más los intereses devengados, impuestos y demás gastos de cualquier tipo que se hubieran generado.

En atención a que las presentes instrucciones interesan al tenedor del presente pagaré, declaro expresamente el carácter irrevocable de las mismas, en los términos del artículo 41 del Código de Comercio.

Para los efectos de lo dispuesto en los artículos 102 Nº 3 y 105 de la ley Nº 18.092, declaro expresamente que el presente Pagaré debe ser considerado pagadero a plazo, por lo cual no le es aplicable la norma contenida en el artículo 49 de la citada Ley 18.092.

En Santiago a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

  
FIRMA DEL DEUDOR