



N° folio

UNIVERSIDAD DE CHILE
PAGARE DE ARANCELES UNIVERSITARIOS

C.I. N°:

Yo,
Nombre del Programa de postgrado:
Facultad: Facultad de Medicina

Debo y pagaré a la orden de la Universidad de Chile, o a quien sus derechos represente, domiciliada ara estos efectos en Avenida Independencia N°1027, comuna de Independencia, de la ciudad de Santiago, la cantidad de \$ _____ (_____ pesos), por concepto de aranceles universitarios, año 20__.

El pago de la obligación que asumo conforme al presente pagaré, lo haré en forma y condiciones establecidas en el "Instructivo para realizar pago de programas de postgrado y postítulo de la Facultad de Medicina" y de acuerdo a los valores establecidos en la Resolución Exenta N°1279 de 21 de septiembre de 2021, documentos que declaro conocer, y que se encuentran disponibles en la página web de la Facultad de Medicina:

La cantidad adeudada la pagaré en __ cuotas mensuales, iguales y sucesivas, con vencimiento el día ___ de cada mes a partir del (día) de (mes) de (año). En caso de mora o simple retardo se aplicará, a cada cuota atrasada, un reajuste equivalente a la variación del IPC, más un interés mensual del 0,29%, los que se aplicarán desde la fecha de vencimiento hasta el día de pago efectivo y total de la cuota. Además se aplicará una multa equivalente a \$2.000 (dos mil pesos) por cada cuota pagada fuera del plazo de vencimiento.

En caso de mora o simple retardo en el pago de una o más cuotas, el acreedor tendrá la facultad de exigir judicialmente el pago de la(s) cuota(s), o bien, el pago anticipado del total de la obligación, según corresponda, como si fuere de plazo vencido, en los términos establecidos en el artículo 30 de la Ley N°18.010, que establece Normas para las Operaciones de Crédito y Otras Obligaciones en Dinero que indica, de 27 de junio de 1981.

La suscripción de este documento no importa novación. Todas las obligaciones emanadas de este pagaré serán solidarias para el o los suscriptores, avalistas, codeudores, fiadores y demás obligados al pago.

EL PORTADOR QUEDA LIBERADO DE LA OBLIGACION DE PROTESTAR ESTE PAGARE RESPECTO A TODOS LOS OBLIGADOS A SU PAGO.

Para todos los efectos legales derivados del presente pagaré, el suscriptor fija su domicilio en la comuna y ciudad de Santiago, sometiéndose a la jurisdicción de sus Tribunales de Justicia, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 50 A de la Ley N°19.496, que Establece Normas Sobre Protección de los Derechos de los Consumidores, de 7 de marzo de 1997.

CI DEL SUScriptor		
APELLIDO PATERNO DEL SUScriptor	APELLIDO PATERNO DEL SUScriptor	NOMBRES DEL SUScriptor
DIRECCION (Calle, Número, Depto.)	TELEFONO	COMUNA

Firma del suscriptor

CI DEL AVALISTA		
APELLIDO PATERNO DEL AVALISTA	APELLIDO PATERNO DEL AVALISTA	NOMBRES DEL AVALISTA
DIRECCION (Calle, Número, Depto.)	TELEFONO	COMUNA

Firma del suscriptor

Vengo en avalar que el presente pagaré, constituyéndome en fiador y codeudor solidario del suscriptor del pagaré, por todas y cada una de las obligaciones señaladas precedentemente, por todo el tiempo que transcurriere hasta el efectivo y completo pago de este documento.