

Bogotá D.C., 17 de diciembre de 2020

Señores
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
smbautistag@compensarsalud.com
MCPINEDAT@compensarsalud.com
Ciudad

Asunto: Reclamación 10214341 Caso OnBase 80160
Póliza No. AA198548 Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales
Tomador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
Asegurado: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
Reclamante: LUZ NAVARRO ALVAREZ.

Señores Caja de Compensación Familiar Compensar,

Reciban de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES un cordial saludo. Damos respuesta a su aviso de presunto siniestro presentado por CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, con ocasión del aviso de presunto siniestro avisado por la señora LUZ NAVARRO ALVAREZ en la cual se indica que se convocó a audiencia de conciliación extrajudicial.

Sobre el particular nos permitimos indicarles que esta aseguradora solicita una serie de soportes mínimos que demuestre la ocurrencia del siniestro, por lo anterior y con el fin de dar una respuesta de fondo a su aviso, requerimos la siguiente información que nos permita determinar cobertura del evento y estimación de la pérdida:

1. Copia de las pruebas aportadas por el (convocante o demandante)
2. poder a su abogado(a)
3. copia del registro civil de defunción (si es el caso)
4. Relación de los hechos que dan como resultado el aviso de presunto sineistro
5. epicrisis, aclarando las fechas de asistencia a la clínica, hospital, centro de salud etc..
6. fórmulas médicas otorgadas por el profesional de sal salud, (medico, enfermera)
7. instrucciones e incapacidad
8. fotocopia de las cédulas de ciudadanía del (afectado, reclamante(s) y fallecido)
9. fotocopia de los carnés expedidos por la entidad prestadora de salud
10. Copia de la citación a la audiencia de conciliación, si es el caso
11. Estado actual de la conciliación extraprocesal, si es el caso
12. Copia de otras reclamaciones que se hayan recibido por los mismos hechos objeto del aviso de siniestro.
13. Versión por escrito del profesional tratante del paciente
14. Copia del contrato laboral del profesional que tuvo conocimiento del proceso
15. Copia de la tarjeta profesional del médico o médicos tratantes.
16. Copia del contrato de las IPS donde fue atendido el o la paciente



SI YO CAMBIO
CAMBIA EL MUNDO

Línea Segura Nacional
018000 919538

324

Síguenos en:
   



17. Todos los exámenes médicos realizado a la presunta víctima principal con ocasión del evento reportado.
18. Documentos adicionales que ustedes consideren importantes que permitan determinar la ocurrencia y cuantía del evento reportado.

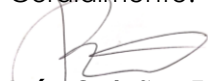
Esta solicitud corresponde a una guía de documentos básicos necesarios para continuar con la evaluación; La Equidad Seguros Generales O.C, se reserva la facultad de solicitar en los próximos días información adicional, con el fin de aclarar, sustentar o complementar los hechos y la cuantía en que se fundamenta la reclamación.

La misma se realiza toda vez que en el aviso de siniestro no es posible identificar las circunstancias del aviso de presunto siniestro, el hecho, el daño y nexos causal.

Así mismo agradecemos indicar la resulta de la audiencia de conciliación extrajudicial si ya se realizó, así mismo manifestar a esta aseguradora si hay animo conciliatorio respecto al aviso de siniestro, de ser positiva su respuesta por favor indicar la evaluación del monto a ofrecer.

Agradecemos de antemano su respuesta, la cual podrá ser radicada en la dirección electrónica [Formulario de Anexos](#) o en la dirección física Carrera 9A # 99 – 07 Piso 14, Bogotá D.C. citando el número de siniestro y Caso OnBase.

Cordialmente.



Iván Ordoñez Escobar

Analista de Indemnizaciones Cumplimiento
La Equidad Seguros Generales O.C.