

Autorización pago

Hola,

¡Gracias por confiar en
nosotros, por permitirnos estar
y avanzar juntos!

INFORMACIÓN GENERAL DEL SEGURO Y LA RECLAMACIÓN

Ciudad y fecha de expedición MEDELLIN 14-11-2024	Número de autorización 5592305	Reclamación 9230000978384
Póliza 013000620722	Tipo de oferta RC DAÑOS A TERCEROS	Riesgo 1
Oficina radicación EL LIMONAR	Fecha posible de pago 14-11-2024	Medio de pago TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS

DATOS BENEFICIARIO DEL PAGO ASEGURADO Y TOMADOR

Páguese a UNIVERSIDAD CES	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 8909840026
Asegurado FUNDACION HOLOS	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 9001117284
Tomador FUNDACION HOLOS	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 9001117284

DETALLE DEL PAGO

Cobertura	Valor	Deducible informado	Código retfte	Retefuente % Valor	Retefuente IVA % Valor	Retefuente ICA % Valor	Descuento % Valor	IVA Valor	Subtotal
PREDIOS Y OPERACIONES	812.500	0	0099	0,00 0	0,00 0	0,00 0	0 0	0	812.500
Banco BANCOLOMBIA				Número de cuenta ****033		Tipo de cuenta		Valor total 812.500	
La cantidad de: ochocientos doce mil quinientos						Moneda COP			

RELACIÓN DE FACTURAS

Prefijo	Número	Fecha	Valor 812.500
---------	--------	-------	------------------

Descripción de tu indemnización

Descripción de los hechos:

LLAMAMIENTO EN GARANTIA PROCESO ORDINARIA EN PRIMERA INSTANCIA
Autoridad de conocimiento JUZGADO 2 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI
Radicado 76001333300320210013000

Asegurado / afiliado Fundación Holos / FALLECIMIENTO SEÑORA FANNY CHAPARRO DE MAFLA

DEMANDANTES: DIEGO AMABLE MAFLA CHAPARRO; VICTOR HUGO MAFLA; MARÍA VICTORIA MAFLA CHAPARRO; JUAN CARLOS MAFLA CHAPARRO; FANOR ALBERTO MAFLA CHAPARRO Y HAROLD MAFLA CHAPARRO.

Abogado demandante Jorge Germán Puente Coral

Entidad bancaria: BANCOLOMBIA
Tipo de cuenta: AHORROS
Titular de la cuenta: UNIVERSIDAD CES
Número de cuenta: 1024 5000033
Referencia: 76001333300220210013000
Despacho: JUZGADO 002 ADMINISTRATIVO DE CALI
Concepto: PAGO PERITAJE
Compañía: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
Valor del Depósito \$812.500.

Por medio de este documento declaro:

1. Que he recibido de la compañía Seguros Generales Suramericana S.A. la suma del cuadro valor total

Descripción de tu indemnización

2. Que reconozco y acepto en todas sus partes la liquidación y pagos anteriores y que en virtud de los cuales la compañía Seguros Generales Suramericana S.A. queda subrogada en mis derechos contra terceros responsables.

Para efectos de cualquier notificación la dirección de la compañía es: Cra 64b # 49a - 30 Seguros Generales Suramericana S.A.
Responsable de impuestos sobre las ventas régimen común.

DATOS ADICIONALES RECLAMACIÓN

Fecha evento	Fecha reclamación	Fecha operación	Coaseguro
04-05-2019	18-10-2023	14-11-2024	NO

Participación de intermediarios	
Código	Nombre del productor
5776	SALAMANCA*MARTINEZ**CARLOS HERNAN

_____	SANDRA MILENA VERA HERRERA	_____	_____
Autorizó	Elaboró	Firma del beneficiario	Firma y sello de caja