

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 09-05-2022	Número de autorización 1930652	Reclamación 9210000507881
Póliza 013000721814	Tipo de oferta RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD GL	Riesgo 1
Oficina radicación SUCURSAL GRAN EMPRESA OCCIDENT	Fecha posible de pago 09-05-2022	Medio de pago TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS

DATOS BENEFICIARIO DEL PAGO ASEGURADO Y TOMADOR

Páguese a GONZALEZ GUZMAN ABOGADOS	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 9006141886
Asegurado CLINICA DE OCCIDENTE S.A.	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 8903005133
Tomador CLINICA DE OCCIDENTE S.A.	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 8903005133

DETALLE DEL PAGO

Cobertura	Valor	Deducible informado	Código retfte	Retefuente %	Retefuente Valor	Retefuente IVA %	Retefuente IVA Valor	Retefuente ICA %	Retefuente ICA Valor	Descuento %	Descuento Valor	IVA Valor	Subtotal
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	13.090.000	0	0022	0	0	0	0	0	0	0	0	2.090.000	13.090.000
Banco BANCO DE OCCIDENTE				Número de cuenta ****814		Tipo de cuenta						Valor total 13.090.000	
La cantidad de: trece millones noventa mil						Moneda COP							

RELACIÓN DE FACTURAS

Prefijo FVE-695	Número FVE-695	Fecha 12-01-2022	Valor 13.090.000
--------------------	-------------------	---------------------	---------------------

Descripción de tu indemnización

Descripción de los hechos:

El día 22 de noviembre de 2019, el paciente Jose Miller Balanta mina ingresa a DAVITA SAS, para procedimiento de hemodiálisis, una vez finalizado el procedimiento paciente egresa en silla de ruedas con auxiliares de enfermería, quienes al parecer dejan caer al paciente, quien sufrió graves lesiones, entre ellas trauma craneoencefálico, por lo que requirió ser remitido de urgencia a Clínica Rafael Uribe y posteriormente remitido a CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A donde fallece el día 24 de noviembre de 2019. Causa de muerte según necropsia trauma craneoencefálico por evento accidental de caída.
SE GRABA CON FECHA 30/09/2020 FECHA DE INICIO DE LA POLIZA

HONORARIOS POR CONTESTACIÓN DE DEMANDA EQUIVALENTE A 11 SMMLV

Por medio de este documento declaro:

1. Que he recibido de la compañía Seguros Generales Suramericana S.A. la suma del cuadro valor total
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
30-09-2020	07-12-2021	09-05-2022	NO

Participación de intermediarios	
Código	Nombre del productor
5541	WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS SA

Autorizó

ELNA CAROLINA GARCIA
GUZMAN
Elaboró

Firma del beneficiario

Firma y sello de caja