

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 25-07-2022	Número de autorización 2036926	Reclamación 9210000449331
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 25-07-2022	Medio de pago TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS

DATOS BENEFICIARIO DEL PAGO ASEGURADO Y TOMADOR

Páguese a G.HERRERA Y ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 9007015337
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 IVA		Retefuente ICA		Descuento		IVA Valor	Subtotal
				%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor		
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	13.090.000	0	0022	11,00	1.210.000	15,00	313.500	0,00	0	0	0	2.090.000	11.566.500
Banco BANCOLOMBIA				Número de cuenta ****138				Tipo de cuenta				Valor total 11.566.500	
La cantidad de: once millones quinientos sesenta y seis mil quinientos								Moneda COP					

RELACIÓN DE FACTURAS

Prefijo 9500	Número 9500	Fecha 02-07-2022	Valor 13.090.000
-----------------	----------------	---------------------	---------------------

Descripción de tu indemnización

Descripción de los hechos:

Citación audiencia de conciliación fallida por responsabilidad civil médica, convocante: Viviana Gómez Figueroa. POR FALLECIMIENTO GERMAN VELA VALERO- ATENDIDO POR HOSPITAL DISTRITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA

Contacto sandra.echavarria@willistowerswatson.com
Celular 3137738533

primera cuota de los honorarios profesionales por la representacion judicial de la compañía en el proceso reparacion Directa de Viviany Gomez Figueroa y Otros

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
04-05-2021	30-07-2021	25-07-2022	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