

No. de caso	Reclamación	No. de radicado	Estado	Canal de entrada
140055	10257684		RADICADO	WEB

Respuesta OSIRIS
OK

Tipo de reclamación *	Motivo de reclamación *	Cuidad del evento *
GENERALES	RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES	BOGOTÁ, D.C.

Departamento del Evento	Fecha del evento *	Fecha de aviso
CUNDINAMARCA	26/07/2022	18/08/2022

Datos de la reclamación

Tipo documento asegurado *	No. documento asegurado *	Nombre completo asegurado *
NIT	860078828	COLSANITAS S.A

Dirección de contacto *	Ciudad *	Teléfono o celular *
CALLE 100 11B-67	BOGOTÁ, D.C.	916466060

Correo electrónico de contacto *	Verifique su correo *
MARIANA.FORERO@MARSH.COM	mariana.forero@marsh.com

Correo Electrónico de contacto adicional	Verifique el correo de contacto adicional
--	---

Dirección del inmueble	Correo electronico intermediario	Sucursal
	GUILLERMO.A.MUNOZ@MARSH.COM	100001

Poliza	Nombre del producto	Codigo producto	Amparo
AA195705	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	1008	R.C. PROFESIONAL MEDICA

Tipo documento tomador	No. documento tomador	Nombre completo tomador
NIT	860078828	COLSANITAS S.A

Pretensión	Reserva preventiva
0	6855113

Descripción de los hechos *

CITACIÓN A AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN PARA EL 8/8/22 POR LA ATENCIÓN PRESTADA A KAROL LISETH BAZAN, A QUIEN SE LE AMPUTA TERCER DEDO DEL PIE DERECHO POR DEJAR MÁS DE 12 HORAS UN TORNIQUETE

Autorización tratamiento datos personales

Autorizo a la Equidad Seguros O.C., para almacenar y usar mis datos personales, de acuerdo a la [política de tratamiento de datos y aviso de privacidad](#) disponible en su página Web. Los datos de los titulares de la información serán recolectados para ejecutar las obligaciones contractuales y su tratamiento se realizará únicamente por las personas u operadores autorizados para el desarrollo y la gestión integral de La Equidad Seguros O.C. El titular del dato entrega su información de manera libre y voluntaria, reconoce que ha leído y acepta los términos y condiciones estipulados en la política de tratamiento de datos, al igual que autoriza la notificación por medios electrónicos en cumplimiento de las disposiciones legales.

☒ He leído y acepto *

Lista de chequeo

Documento	Existe
IND-APERTURA DE INVESTIGACION O DOCUMENTO VINCULACIÓN DE RESP	☒
IND-CARTA FORMAL HECHOS	☒
IND-DECLARACION DEL MEDICO	☒
IND-DESCARGOS MEDICO TRATANTE	☒
IND-HISTORIA CLINICA	☒
IND-PRETENSIONES	☒
IND-RELACION GASTOS DE ATENCION A TERCEROS AFECTADOS	☒
IND-RELACION POLIZAS INVOLUCRADAS EN RECLAMACION	☒

Historial del caso

Usuario	Estado	Fecha
INDWEB2	RADICADO	18/08/2022

Hitos de la atención

Fecha Asignacion	Fecha Ultimo Documento	Fecha Definicion	Fecha Causacion	Fecha Pago