

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 21-04-2024	Número de autorización 4351559	Reclamación 9230000785192
Póliza 900000805518	Tipo de oferta PAQUETE COMERCIAL	Riesgo
Oficina radicación PROMOTORA VILLASER DE SEGUROS	Fecha posible de pago 21-04-2024	Medio de pago TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS

DATOS BENEFICIARIO DEL PAGO ASEGURADO Y TOMADOR

Páguese a HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 9012018877
Asegurado HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 9012018877
Tomador HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 9012018877

DETALLE DEL PAGO

Cobertura	Valor	Deducible informado	Código retfte	Retefuente		Retefuente IVA		Retefuente ICA		Descuento		I V A	Subtotal
				%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	Valor	
SUSTRACCIÓN CON VIOLENCIA	57.179.500	5.717.950	0099	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	51.461.550
Banco BANCOLOMBIA				Número de cuenta ****197				Tipo de cuenta				Valor total 51.461.550	
La cantidad de: cincuenta y uno millones cuatrocientos sesenta y uno mil quinientos cincuenta								Moneda COP					

RELACIÓN DE FACTURAS

Prefijo	Número	Fecha	Valor
			51.461.550

Descripción de tu indemnización

Descripción de los hechos:

A LAS 7:30AM SE PROCEDE A REALIZAR INVENTARIO GENERAL DE LOS ACTIVOS DE LA INSTITUCION; EN EL AREA DE UCI INTERMEDIOS LOS BIOMEDICOS JUNTO CON EL PERSONAL DE ACTIVOS FIJOS SE PERCATAN QUE UNO DE LOS VENTILADORES MECANICOS NO SE ENCONTRABA. SE PROCEDE CON LA RESPECTIVA INVESTIGACION PERO FINALMENTE NO FUE ENCONTRADO.

Pago como única y total indemnización, por el hurto de Ventilador SV300, Carro de transporte SV300 y acople bajo flujo SV300.

Perdida \$57.179.500

Deducible -\$5.717.950

Indemnización \$51.461.550

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
20-02-2023	23-03-2023	21-04-2024	NO

Participación de intermediarios

Código	Nombre del productor
47242	SF GROUP SOLANO FALLA Y ASOCIADOS LTDA

GLADIS YANETH FERNANDEZ
ROA
Elaboró

Autorizó

Firma del beneficiario

Firma y sello de caja