

## 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 26-04-2023	Número de autorización 2536518	Reclamación 9230000785192
Póliza 900000805518	Tipo de oferta PAQUETE COMERCIAL	Riesgo
Oficina radicación PROMOTORA VILLASER DE SEGUROS	Fecha posible de pago 26-04-2023	Medio de pago TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS

## DATOS BENEFICIARIO DEL PAGO ASEGURADO Y TOMADOR

Páguese a NISAN RISK S.A.S.	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 9004683159
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 % Valor		Retefuente IVA % Valor		Retefuente ICA % Valor		Descuento % Valor		IVA Valor	Subtotal
SUSTRACCIÓN CON VIOLENCIA	2.951.200	0	0023	11,00	272.800	15,00	70.680	0,77	18.997	0	0	471.200	2.588.723
Banco BANCO DAVIVIENDA				Número de cuenta ****422				Tipo de cuenta				Valor total 2.588.723	
La cantidad de: dos millones quinientos ochenta y ocho mil setecientos veintitrés								Moneda COP					

## RELACIÓN DE FACTURAS

Prefijo FEN	Número 1642	Fecha 21-04-2023	Valor 2.951.200
----------------	----------------	---------------------	--------------------

## 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 FACTURA FEN 1642, POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y GASTOS DE AJUSTE

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 20-02-2023	Fecha reclamación 23-03-2023	Fecha operación 26-04-2023	Coaseguro NO
----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-----------------

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

<hr/> Autorizó	<div>GLADIS YANETH FERNANDEZ ROA</div> <hr/> Elaboró	<hr/> Firma del beneficiario	<hr/> Firma y sello de caja
----------------	----------------------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------