

Medellín, agosto 31 de 2018

Señores

**CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S**

NIT:900.951.033

Avenida 4 # 22-46

Cali-Valle del cauca

**Asunto: Devolución de Facturas NO POS Régimen Subsidiado**

|                                                                                                                                   |  |                                                                                                            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <br>Lin Min Com<br>0367                        |  | <br>* 4 4 0 5 2 1 4 9 * |  |
| <b>Remitente</b><br>EPS SURAMERICANA                                                                                              |  | DM<br>DI<br>NR<br>RH<br>ST<br>DE<br>CE<br>ZR                                                               |  |
| <b>Destinatario/Dirección/Municipio</b><br>CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S<br>Avenida 4 # 22-46<br>CALI - VALLE DEL CAUCA CP:760010 |  | <b>Valor</b><br>2124                                                                                       |  |
| OP: 265007 / Fec: 1:2018-09-04 T.Ent: Carta porte<br>Corriente                                                                    |  | 13 -<br>21                                                                                                 |  |
| DEVOLUCIONES CUENTAS MEDICAS<br>SOBRE 13<br>216805000<br>ID_CL:900951033                                                          |  |                                                                                                            |  |

Cordial Saludo

Estamos realizando la devolución de la factura, por el no cumplimiento de las definiciones establecidas en la resolución 1479 del ministerio de la Protección Social, la Resolución 1074 de 2015 (donde se aplicarán las definiciones de la resolución 5395 de 2013), y la Circular 017 de la Superintendencia Nacional de Salud, por la cual se imparten instrucciones respecto de la facturación de eventos o tecnologías NO POS.

Se presentó las siguientes inconsistencias:

- FALTA ACTA CTC Y LA JUSTIFICACIÓN SE SOLICITAN EN EL CORREO: (sizapata@sura.com.co)
- PARA LAS RADICACION VALLE DE CAUCA NO SE PRESENTARÁN DOCUMENTOS FISICOS SE DEBEN PRESENTAR LOS ENVIOS ESCANEADOS EN UN CD
- MYT-R (CUBIERTA) – MYT-R (Anexo01)
- MYT-01 (X USUARIO)
- FACTURA NO PBS - FACTURA HOMOLOGO CON SU RESPECTIVA ORDEN
- PAQUETES X 600 COBROS MAXIMO
- UN CONSECUTIVO X CADA PAQUETE (se solicita al correo lvelasquezb@sura.com.co)
- SOPORTES EVIDENCIA ENTREGA DE LA TECNOLOGIA NO PBS-S SEGÚN ATENCION
- ARCHIVOS PLANOS (TXT) -
- FORMATO DETALLE DE COBRO (EXCEL) (BIEN DILIGENCIADO)
- ADJUNTAR PANTALLAZO DE VALIDACIÓN EXITOSA (VALIDADOR FOSYGA)

Se devuelve la factura: (FC-60201)

Cualquier inquietud por favor comunicarse con el área de Cuentas Medicas al teléfono (4) 445-5000, Extensiones 46147 y 46083

Cordialmente.

*Monica Maria Cifuentes Quinchia*  
**MONICA MARIA CIFUENTES QUINCHIA**  
 Directora de Cuentas Médicas (E)  
**EPS-SURA**

**CLINICA CRISTO REY**  
 NIT: 900.951.033-8

2018 SEP. 06  
*Diana Gomez*  
**RECIBIDO**  
 3:51 pm