

Bogotá, 20 de NOVIEMBRE de 2023

Señores:  
CLINICA COLOMBIA  
Atn, Departamento de Facturación y/o Auditoria

**ASUNTO: Notificación De Devolución De Factura**  
Factura N°: FS283033  
Ramo: SOAT  
Nombre Paciente: GINNA ESPERANZA HERRNADEZ GOMEZ  
Documento De Identificación: CC 67013475  
Caso N° Siniestro: xx  
BPM: **2023920893**

Apreciados Señores:

Estamos haciendo devolución del original de la factura en referencia, teniendo en cuenta que no cumple con el siguiente requisito:

CODIGO DEVOLUCION	CAUSAL DE DEVOLUCION
849	Soportes incompletos, reclamación carece parcialmente de los documentos requeridos para su estudio.  Es necesario que la entidad aporte FURIPS debidamente diligenciado en todos sus campos; en caso de presentar formulario de acuerdo con lo establecido en circular 008 se requiere cumpla con todas las especificaciones técnicas de la norma y no en representación gráfica. (No se evidencia Firma del Representante Legal en Formato FURIPS)

Solicitamos Subsanan el motivo de la devolución para continuar con el trámite correspondiente.

Cordial saludo,



NUBIA SUSANA GOMEZ  
Directora Indemnizaciones Personas  
Vicepresidencia de Indemnizaciones  
YP