

Bogotá, 20 de noviembre de 2023

Señores:

CLINICA COLOMBIA

Atn, Departamento de Facturación y/o Auditoria

ASUNTO: Notificación De Devolución De Factura

Factura N°: FS284059

Ramo: SOAT

Nombre Paciente: NERSY AMPARO MUÑOZ

Documento De Identificación: N/A

Caso N° Sinistro: N/A

BPM: 2023920899

Apreciados Señores:

Estamos haciendo devolución del original 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 del paciente diligenciado en todos sus campos ya que no es aportados.

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

Cordial saludo,



NUBIA SUSANA GOMEZ

Directora Indemnizaciones Personas

Vicepresidencia de Indemnizaciones

ZM

Oficina Principal Calle 72 N° 10-07 Bogotá, D.C. - Colombia Tel. 3103300

www.libertyseguros.co NIT. 860.039.988-0