

Bogotá, 20 de noviembre de 2023

Señores:

CLINICA COLOMBIA

Atn, Departamento de Facturación y/o Auditoria

ASUNTO: **Notificación De Devolución De Factura**
Factura N°: FS279729
Ramo: SOAT
Nombre Paciente: FISONDER ANGULO
Documento De Identificación: 6134730
Caso N° Siniestro: N/A
BPM: 2023920833

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. (FALTA LA FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL EN LA PARTE B DEL 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
ZM

Oficina Principal Calle 72 N° 10-07 Bogotá, D.C. - Colombia Tel. 3103300
www.libertyseguros.co NIT. 860.039.988-0