

Bogotá, 27 de septiembre de 2023

Señores:

CLINICA COLOMBIA

Atn, Departamento de Facturación y/o Auditoria

Cali, Valle del cauca

ASUNTO: Notificación De Devolución De Factura

Factura N°: FS272293

Ramo: SOAT

Nombre Paciente: NERSY AMPARO MUÑOZ PALECHOR

Documento De Identificación: 1058787119

Caso N° Siniestro: N/A

BPM: 2023891623

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	Factura o documento equivalente no cumple requisitos legales. Soportes incompletos, reclamación carece parcialmente de los documentos requeridos para su estudio. (FURISP-FACTURA-HISTORIA CLINICA)

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

Cordial saludo,



NUBIA SUSANA GOMEZ

Directora Indemnizaciones Personas

Vicepresidencia de Indemnizaciones

YV