

Bogotá, 20 de noviembre de 2023

Señores:

**CLINICA COLOMBIA**

Atn, Departamento de Facturación y/o Auditoria

**ASUNTO: Notificación De Devolución De Factura**

Factura N°: FS284835

Ramo: SOAT

Nombre Paciente DORA PATRICIA OBANDO MOSQUERA

Documento De Identificación: 1130657518

Caso N° Siniestro: N/A

BPM: 2023920677

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	<p>Soportes incompletos, reclamación carece parcialmente de los documentos requeridos para su estudio.</p> <p>Es necesario que la entidad aporte FURIPS debidamente diligenciado en todos sus campos; en caso de presentar formulario de acuerdo con lo establecido en <b>circular 008</b> se requiere cumpla con todas las especificaciones técnicas de la norma y no en representación gráfica (Sin firma de representante legal)</p> <p>A los prestadores de salud que nos presenten información en pdf del FURIPS, se les solicita que este acorde al Decreto 780/2016, debido a que las nuevas circulares solo hablan de formato digitales en txt.</p>

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