

Bogotá, 11 de octubre de 2023

Señores:

**CLINICA COLOMBIA**

Atn, Departamento de Facturación y/o Auditoria

**ASUNTO: Notificación De Devolución De Factura**

Factura N°: FS277241

Ramo: SOAT

Nombre Paciente: HERNANDO GAVIRIA VALENCIA

Documento De Identificación: 16777069

Caso N° Siniestro: 1050525

BPM: 2023895656

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 firma representante legal).

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