

Bogotá, 20 de septiembre de 2023

Señores:

DIAGNOSTICARTE S.A.S.

Atn, Departamento de Facturación y/o Auditoria

ASUNTO: Notificación De Devolución De Factura

Factura N°: N/A

Ramo: SOAT

Nombre Paciente: N/A

Documento De Identificación: N/A

Caso N° Siniestro: N/A

BPM: 2023875422

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. Reclamación sin soportes, se evidencia únicamente el 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
AH