

Bogotá, 27 de septiembre de 2023

Señores:

CLINICA COLOMBIA

Atn, Departamento de Facturación y/o Auditoria

ASUNTO: Notificación De Devolución De Factura

Factura N°: FS275035

Ramo: SOAT

Nombre Paciente: KELLY YINED HENAO LONDOÑO

Documento De Identificación: 1000656451

Caso N° Siniestro: 1036987

BPM: 2023891656

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 circular 008 se requiere cumpla con todas las especificaciones técnicas de la norma y no en representación gráfica. (falta firma representante legal).</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