

Bogotá, 01 de Diciembre de 2023

Señores:

**CLINICA COLOMBIA**

Atn, Departamento de Facturación y/o Auditoria

**ASUNTO: Notificación De Devolución De Factura**  
Factura N°: FS286632  
Ramo: SOAT  
Nombre Paciente WILMER GUTIERREZ ESPINOSA  
Documento De Identificación: 94497169  
Caso N° Siniestro: 980492  
BPM: 2023920678

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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta FIRMA REPRESENTANTE LEGAL.</li> </ul> <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

Oficina Principal Calle 72 N° 10-07 Bogotá, D.C. - Colombia Tel. 3103300  
**www.libertyseguros.co** NIT. 860.039.988-0