

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE
MUNICIPIO DE BELEN DE UMBRIA - RISARALDA



Fecha solicitud: _____

Doctora
LIDA ZORAIDA OTALVARO BETENCUR
Gerente

Referencia: Solicitud devolución de dinero.

Cordial saludo,

Debido a que no se me realizó un procedimiento solicito el favor de devolverme el dinero cancelado para él.

Número de factura: _____ Fecha factura: _____ **(Es indispensable para tramitar su solicitud o en su lugar demostrar la atención mediante algún medio, de lo contrario no se podrá realizar el trámite).**

Nombre: _____

Identificado(a) número: _____ de: _____

Motivo por el cual no se pudo realizar:: _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES REAL.

Atentamente,

Firma paciente.

Vo. Bo. Gerente

Para solicitud del interesado (tercero que reclama):

Yo, autorizo a identificado(a) con cédula de ciudadanía número para que en mi nombre reclame dinero por no realización de un procedimiento.

Firma autorizado.

E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ

Municipio de Belén de Umbría, Risaralda
Dir: 13 No. 4-135 - PBX: 3528128, 3528770, 3527178, 3527179
WEB – www.hsjbelen.gov.co - E-mail: hsjbelen@gmail.com

