

**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](http://www.hsjbelen.gov.co) - E-mail: [hsjbelen@gmail.com](mailto:hsjbelen@gmail.com)

