

|                                                                                   |                                                                                                             |                  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE</b><br><b>NIT. 800037021-7</b><br><small>FORMATO DE OFICIO</small> | <b>HDG-GC-F6</b> |  |
|                                                                                   |                                                                                                             | <b>Versión 2</b> |                                                                                     |

Señor (a)  
**ALBEIRO SANTIVAR**  
 VEREDA BALASTRERA MARGEN IZQUIERDO  
 VISTA HERMOSA - META

**Referencia: Notificación por Aviso**

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 69 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, la Subgerencia de Atención al Usuario del Hospital Departamental de Granada E.S.E. realiza la siguiente Notificación por Aviso, en los términos que a continuación se enuncian:

| HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA                                   |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| SUBGERENCIA DE ATENCION AL USUARIO                                  |                                                      |
| NOTIFICACIÓN POR AVISO                                              |                                                      |
| Acto Administrativo que se notifica:                                | Notificación de requerimiento de cobro pre jurídico. |
| Fecha del Acto Administrativo:                                      | 20 de Febrero de 2020                                |
| Autoridad que lo Expidió:                                           | Subgerencia de Atención al Usuario                   |
| Recurso (s) que procede (n):                                        | No tiene recurso                                     |
| Autoridad ante la cual puede recoger las copias de la notificación: | Subgerencia de Atención al Usuario                   |
| Plazo (s) para recoger la información (s):                          | 08 días siguientes a la Notificación por Aviso       |

Se advierte que esta notificación se considera cumplida al finalizar el día siguiente al de la FECHA DE ENTREGA de este aviso.

SI ESTA NOTIFICACIÓN COMPRENDE ENTREGA DE COPIAS DE DOCUMENTOS, usted dispone de tres (3) días siguientes a la publicación del aviso para retirarlas del despacho de la Subgerencia de Atención al Usuario del Hospital Departamental de Granada E.S.E., ubicada en el tercer piso calle 15 carrera 2 y 4, del municipio de Granada Meta. Dentro de este último podrá manifestar lo que considere pertinente defensa de sus intereses.

Cordialmente,

  
**EDGAR AUGUSTO GUZMAN ROJAS**  
 Subgerencia de Atención al Usuario

Fecha De Publicación: \_\_\_\_\_ Nombre y firma de quien lo publica 

Fecha De Retiro: \_\_\_\_\_ Nombre y firma de quien retira \_\_\_\_\_

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>"UN HOSPITAL SEGURO Y HUMANO PARA TODOS"</b><br>Calle 15 Carrera 2 y 4, Teléfono 6587800 - 6500521<br>Línea Gratuita: 018000965050, <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a><br>E-mail: <a href="mailto:subgerencia_usuario@hospitalgranada.gov.co">subgerencia_usuario@hospitalgranada.gov.co</a> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|