Bogotá D. C.,

Señor, Doctora, Ingeniero, (Según el caso).

NOMBRES Y APELLIDOS (Entidad o Persona Natural)

Cargo

Denominación o Razón Social de la Entidad

Dirección

Ciudad

Asunto:Citación Notificación Acto Administrativo - Expediente \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, le solicito acercarse a la (*indicar dependencia donde se efectuará la diligencia de notificación)* de este Ministerio, dentro de los cinco (5) días siguientes al envío de la presente, con el fin de notificarle personalmente el **(Acto Administrativo No.) \_\_\_ del \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_**; en caso de que no sea posible surtir la notificación personal, ésta se realizará mediante edicto y tendrá los mismos efectos legales.

En el evento de no poderse presentar personalmente, podrá otorgar poder por escrito a un tercero para que, dentro del término señalado en el inciso anterior, se notifique del acto administrativo mencionado.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en los Artículos 44 y s.s. del Código Contencioso Administrativo.

Para el mencionado trámite, favor dirigirse a **\_\_\_\_**, (*indicar el nombre del funcionario de la dependencia que efectuará la notificación)*, en el horario de *(indicar horario)* presentando los siguientes documentos:

*(Seleccionar los documentos que se ajusten al destinatario de la notificación y a la naturaleza del acto)*

1. Si es **persona jurídica**,el Certificado de Existencia y Representación Legal y poder debidamente otorgado.

2. Si es **persona natural,** documento de identificación y poder debidamente otorgado.

3. Para **entidades públicas**,copia del acto administrativo de nombramiento o acta de posesión y poder general o especia, debidamente otorgado.

4. Si se trata de **actos administrativos que reconocen algún derecho Pensional**, y para efectos de proceder a la inclusión en nómina, se requiere:

1. Diligenciar el formulario de afiliación a una EPS y remitir el original donde aparezca el sello de radicado o recibido, para así tener constancia de su afiliación al Sistema de Salud en su nueva condición de pensionado.
2. Remitir certificación bancaria en donde conste que usted es titular de una cuenta bancaria, con indicación del número correspondiente, cuenta en la cual el Grupo de Finanzas y Presupuesto del Ministerio realizará la consignación de las mesadas.

Si requiere información adicional, ésta le será suministrada en el teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_**.**

Despedida,

NOMBRE DEL REMITENTE

Cargo

Expediente: \_\_\_\_

Anexos (Opcional)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Elaboró:**  Nombre y apellido  Cargo  Oficina | **Revisó:**  Nombre y apellido  Cargo  Oficina | **Aprobó:**  Nombre y apellido  Cargo  Oficina |