Ciudad y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Señores ADMINISTRADORA DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)**

Asunto: Autorización notificación electrónica.

Cordial saludo,

(NOMBRE)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. (CC/CE/PS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), por medio de la presente, autorizo expresamente que se me notifiquen de manera electrónica, los Actos Administrativos Expedidos por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, al correo electrónico:

(CORREO ELECTRÓNICO PARA RECIBIR NOTIFICACIÓN)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Cordialmente,

(FIRMA)

1. Enviar la siguiente autorización en formato PDF o imagen (foto) al correo electrónico [autorizacionresoluciones@adres.gov.co](mailto:autorizacionresoluciones@adres.gov.co)
2. Diligenciar los campos en rojo