

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	
Para responder este documento favor citar este número:	
Rad No:	20269300102565861
Fecha:	12-08-2026
Expediente	2026920063901000881E

Bogotá,

Señor(a)

GESTION INTEGRAL EN SALUD DEL PUTUMAYO GEINSALUD PUTUMAYO

NIT 900354693

CR 4 9 28 BRR JOSE MARIA HERNANDEZ

administracion.mocoa@ipsgeinsaludputumayo.com

MOCOA PUTUMAYO

Asunto: Citación para notificación personal de la resolución número 2026920060008289-6 de 2026

Respetado(a) señor(a):

De manera atenta y en cumplimiento a lo dispuesto en el acto administrativo citado en el asunto, expedido por LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD y dando aplicación a lo establecido en el Estatuto Tributario, remito la presente citación con el fin de que se notifique personalmente de la Resolución mencionada.

Para la diligencia de notificación personal puede acercarse dentro de los diez (10) días siguientes al recibo de esta citación, a nuestras oficinas ubicadas en la Carrera 68 A No. 24 B 10 Torre 3 Piso 4 Edificio Plaza Claro de la ciudad de Bogotá D.C., de lunes a viernes en el horario de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. con su documento de identidad y los documentos que conforme a la ley demuestren la representación legal, (certificaciones con vigencia inferior a 90 días), o podrá delegar el acto de notificación mediante poder.

En el evento en que esté interesado/a en autorizar la notificación electrónica, podrá comunicar la dirección de correo electrónico en la que se deben notificar los actos administrativos, diligenciando el formato A2-FT-45 (Documento anexo), junto con una copia de su documento de identidad y los documentos que conforme a la ley demuestren la representación legal, (certificaciones con expedición no mayor a 90 días), remitiéndolos al buzón electrónico correointernosns@supersalud.gov.co con el asunto Autorización Notificación Electrónica.

En caso de no comparecer dentro de los diez (10) días siguientes al recibo de esta citación, o no se autorice la notificación electrónica dentro del mismo término, se procederá a notificar el acto administrativo por correo o edicto según corresponda, de acuerdo con lo establecido en los artículos 565, 566 -1, 568, 569, 826 y siguientes del Estatuto Tributario.

Cordialmente,

Firmado electrónicamente por:
Jean Edwarr Roldan Galeano

Anexos Electrónicos: 1
A2-FT-45

Servicios Postales Nacionales S.A. NIT 900.062.917-9
Avenida Nariño 47-49 Bogotá D.C. 11111573
Teléfono: 4722000

Remitente

Nombre/Razón Social: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - SUPERSALUD - BOGOTA 2
Dirección: CARRERA 68A 24B 10 T 3 PISO 4
Ciudad: BOGOTA D.C.
Departamento: BOGOTAD.C.
Código postal: 110931348
Envío: RA570412449C0

Destinatario

Nombre/Razón Social: GESTION INTEGRAL EN SALUD DEL PUTUMAYO GEINSALUD PUTUMAYO
Dirección: CR 4 9 28 BRR JOSE MARIA HERNANDEZ
Ciudad: MOCOCA
Departamento: PUTUMAYO
Código postal: 860001321
Fecha admisión:

4722000
DEVOLUCION

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A NIT 900.062.917-9

Miembro Concesionario de Correos

CORREO CERTIFICADO NACIONAL 2025

Centro Operativo: UAC.CENTRO

Fecha Pre-Admisión: 14/08/2026 10:11:29

Orden de servicio: 18365996

Nombre/Razón Social: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - SUPERSALUD - BOGOTA 2

Dirección: CARRERA 68A 24B 10 T 3 PISO 4

NIT/C.C/T.: 860062187

Referencia: 20269300102565861

Teléfono: 3300210

Código Postal: 110931348

Ciudad: BOGOTA D.C.

Depto: BOGOTA D.C.

Código Operativo: 1111573

Nombre/Razón Social: GESTION INTEGRAL EN SALUD DEL PUTUMAYO GEINSALUD PUTUMAYO

Dirección: CR 4 9 28 BRR JOSE MARIA HERNANDEZ

Tel:

Código Postal: 860001321

Código Operativo: 7009000

Ciudad: MOCOCA

Depto: PUTUMAYO

Peso Físico(grams): 200

Peso Volumétrico(grams): 0

Peso Facturado(grams): 200

Valor Declarado: \$0

Valor Flete: \$41.300

Costo de manejo: \$0

Valor Total: \$41.300 COP

Dijo Contener:

No se cubre esta
zona suval en esta

Observaciones del cliente:

Moccam

Causal Devoluciones:

RE Rehusado

NE No existe

NR No reside

NR No reclamado

DE Desconocido

Dirección errada

C1 C2

N1 N2

FA Fallecido

AC Apartado Clausurado

FM Fuerza Mayor

Cerrado

No contactado

Firma nombre y/o sello de quien recibe:

C.C.

Tel:

Hora:

Fecha de entrega: 28-08-16

Distribuidor:

C.C.

Gestión de entrega:

1er

2do



11115737009000RA570412449C0

Principal Bogotá D.C. Colombia Diagonal 25 D # 85 A 55 Bogotá / www.472.com.co Línea Nacional 01 8000 4720 / Tel contacto: (57) 4722000.

1111
573
UAC.CENTRO
CENTRO A

	GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO	A2-FT-45
	AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	VERSIÓN	1
		FECHA	31/03/2026

USUARIO ha accedido al acto administrativo y por ende se entiende notificado del mismo, en la fecha y hora en que el usuario reciba el correo electrónico remitido por la Superintendencia Nacional de Salud, en el buzón de la o las direcciones electrónicas diligenciadas en el presente documento. Dicho envío y recepción de los correos electrónicos generados en desarrollo de la presente autorización serán certificados con plena validez jurídica por el operador designado por la Entidad.

El usuario se hace responsable de adoptar las medidas de seguridad idóneas para la administración de la cuenta de correo electrónico indicada en el presente documento, así como del manejo de la clave de ingreso al mismo y de mantener el buzón con la capacidad suficiente para la recepción de los actos administrativos que serán objeto de notificación; para lo anterior, la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** sugiere la creación de una dirección electrónica de uso exclusivo para el propósito de la presente autorización. En consecuencia, la omisión en el cumplimiento de dicha obligación por parte del **USUARIO** no invalidará el trámite de notificación realizada por medios electrónicos.

Los actos administrativos objeto de notificación electrónica serán remitidos para su visualización en formato PDF, razón por la cual el **USUARIO** deberá tener instalado en su equipo el software que permita la correcta visualización de las imágenes que remita esta **Superintendencia**.

Declaro que autorizo a la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, para el tratamiento y manejo de mis datos personales o de mi representada, con el fin de facilitar el trámite de notificación electrónica, que conozco los derechos que me asisten como titular de la identificación, y que conozco la identificación, dirección y teléfono del responsable de tratamiento de mis datos, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, la Ley 1437 de 2011, Ley 1918 de 2018, Decreto 753 de 2019 y demás normas concordantes.

En constancia de las declaraciones y autorizaciones aquí presentadas, suscribo el presente a los *(señalar día en números)* días del mes *(señalar mes en letras)* de 20_ *(señalar año en número)*

FIRMA: *(Espacio para firma de quien suscribe el documento).*

	GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO	A2-FT-45
	AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	VERSIÓN	1
		FECHA	31/03/2026

NOMBRE: *(Espacio para describir nombre persona).*

CÉDULA: *(Señalar número de documento identidad).*

ANEXOS: *(Señalar los documentos que adjunta a la presente autorización).*

-----Diligencie hasta aquí-----

INSTRUCCIONES DE ENVÍO Y VALIDEZ DEL FORMATO:

La presente autorización debe ser remitida a la dirección de correo correointernosns@supersalud.gov.co y tendrá efectos a más tardar el décimo día hábil desde que la Superintendencia la reciba por parte del USUARIO y hasta tanto el usuario solicite mediante comunicación remitido al mismo correo, que las notificaciones sucesivas no se realicen por medios electrónicos, sino de conformidad con los otros medios previstos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Dicha comunicación deberá ser remitida por el **USUARIO** a esta **Superintendencia**, con una antelación no inferior a diez (10) días hábiles a la fecha a partir de la cual el **USUARIO** desee la cesación de la notificación de los actos administrativos por medios electrónicos y deberá estar acompañada de los documentos que acrediten la representación legal del solicitante (mismos documentos requeridos para autorizar).

Sí requiere modificar el o los correos inicialmente autorizados, se deberá remitir este formato a la dirección de correo antes señalado, incluyendo la nueva información, la cual tendrá efectos a partir del décimo día hábil desde que esta Superintendencia la reciba por parte del USUARIO.

En el evento en que la información contenida en el formulario no sea clara o los anexos no acrediten debidamente la representación legal del USUARIO, la Superintendencia solicitará aclaraciones a la dirección de correo electrónico autorizado; si la señalada dirección no es legible o no permite la recepción del mensaje de datos, la Entidad enviará la información a la dirección de correo electrónico reportado en el RUES o a la utilizada para efectos de la citación; En caso de no existir información en el RUES y se imposibilite la comunicación con el USUARIO, se tomará como no presentada la solicitud.

Recuerde que el formato deberá estar acompañado de los documentos que conforme a la ley demuestren la representación legal de quien autoriza, señalados a continuación:

	GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO	A2-FT-45
	AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	VERSIÓN	1
		FECHA	31/03/2026

USUARIO	DOCUMENTOS
PERSONA NATURAL	Documento de identidad de quien autoriza la notificación electrónica.
HOSPITALES	Decreto de nombramiento del Gerente y/o Representante Legal y acta de posesión de este, indicando el periodo, documento de identidad del Gerente y/o Representante Legal.
ENTES DE ORDEN MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL	Decreto de nombramiento, acta de posesión y documento de identidad de quien detenta la representación del municipio o departamento, acto administrativo de delegación en el que se acredite la capacidad para representar a la entidad y/o para notificarse.
CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, EPS, IPS, UNIVERSIDADES, ASEGURADORAS, COMUNIDADES RELIGIOSAS	Certificación de existencia y representación legal emitido por la entidad competente, cuya fecha de expedición no sea superior a 90 días y documento de identidad del Gerente y/o Representante Legal.
ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS	Resolución de nombramiento del Gerente y/o Representante Legal expedida por el Ministerio del Interior, por el periodo de nombramiento, documento de identidad del Gerente y/o Representante Legal.
AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR O LIQUIDADOR	Resolución de nombramiento, acta de posesión y documento de identidad.
CONTRALORES:	Resolución de nombramiento, acta de posesión y documento de identidad Nota: El contralor por sus facultades legales no podrá autorizar la notificación electrónica a nombre de la entidad donde funge como tal, ya que no cuenta con las competencias para tal fin.
ENTIDADES CON APODERADO	Poder en donde conste la facultad para notificarse, documento de identidad del apoderado, documento que acredite nombramiento del gerente o representante legal o certificado de existencia y representación legal expedido por la entidad correspondiente, documento de identidad del Gerente y/o Representante Legal.