

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	
Para responder este documento favor citar este número:	
Rad No:	20269300102791171
Fecha:	03-09-2026
Dependencia	Grupo Gestión de Notificaciones y
Expediente	202092005190102030E

Bogotá,

DOCTOR (A)

CRONOVIDA SAS EN LIQUIDACION
Representante Legal o quien haga sus veces
CRONOVIDA SAS EN LIQUIDACION
Representante Legal o quien haga sus veces
PALMARES DEL RECREO MZ C CA 22
QUINDÍO
ARMENIA

Asunto: Citación para notificación personal de la RESOLUCIÓN No 2026920050008388-6 DE 2026

Referencia: 20269200500088886

Cordial saludo:

De manera atenta y en cumplimiento con lo dispuesto en el acto administrativo citado en el asunto, expedido por LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD y dando aplicación al artículo 68 de la Ley 1437 de 2011, se remite 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 cinco (5) días siguientes al recibo de esta citación, a la oficina del Grupo de Gestión de Notificaciones y Comunicaciones ubicada 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.

Página 1 de 2

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C.

www.supersalud.gov.co

E3-FT-1



En el evento en que esté interesado(a) en autorizar la notificación electrónica, podrá comunicar la dirección de correo electrónico a la que se debe notificar el acto administrativo, diligenciando el formato A2-FT-45 Autorización de Notificación Electrónica, 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; lo anterior de conformidad con lo señalado en el artículo 56 del C.P.A.C.A.

En caso de no comparecer dentro de los cinco (5) 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 Aviso de acuerdo con lo establecido en la Ley 1437 de 2011.

Atentamente,

Firmado electrónicamente por: Jesus Antonio Romero Ortega

Jesus Antonio Romero Ortega
Cargo del remitente

Anexos Electrónicos: A2-FT-45 Autorizacion notificacion electronica
Proyectó: Jesus Antonio Romero Ortega
Revisó:
Aprobó: Jesus Antonio Romero Ortega

	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.

Destinatario

Nombre Razón Social: WISPERE ALIMENTOS S.A. DE C.V. DISEÑO: BMOA
CARRERA 66A ZAB 10 T3 PISO 4
Dirección:
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Departamento: BOGOTÁ D.C.
Codigo postal: 110931348
Envío: KAS72046731CU

Nombre Razón Social: CRONOVIDA SAS EN LIQUIDAC. ON
Dirección: PALVARES DEL RECREO N° 6 CA 22
Ciudad: ARMENIA, QUINDIO
Departamento: QUINDIO
Fecha admisión:

472

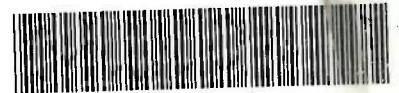
5004 0000

Devolucio

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A NIT 900.062.917-9
Minic. Concesión de Correos//

CORREO CERTIFICADO NACIONAL 2025
Centro Operativo : UAC CENTRO
Orden de servicio: 18385640

Fecha Pre-Admisión: 04/09/2026 09:59.17



RA572046751C0

Código de servicio: 18385640		Nombre/ Razon Social: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - SUPERSALUD - BOGOTA 2		Causal Devoluciones:			
Remitente	Dirección: CARRERA 58A 24B 10 T 3 PISO 4		NIT/C.GIT.: 860062187		RE ☐ Rehusado	CA ☐ C2	Cerrado
	Referencia: 20269300102791171		Teléfono: 3309210		NE ☐ No existe	CA ☐ N2	No contactado
	Ciudad: BOGOTA D.C.		Código Postal: 110931348		NS ☒ No reside	FA ☐	Fallecido
	Depto: BOGOTA D.C.		Código Operativo: 1111573		NR ☐ No reclamado	AC ☐	Apertado Clausurado
Destinatario	Nombre/ Razón Social: CRONOVIDA SAS EN LIQUIDACION		Dirección: PALMARES DEL RECREO MZ C CA 22		DE ☐ Desconocido	FM ☐	Fuerza Mayor
	Tel:		Código Postal:		Dirección errada		
	Ciudad: ARMENIA_QUINDIO		Depto: QUINDIO		Firma nombre y/o sello de quien recibe:		
	Peso Físico(grams): 200		Dice Contenedor:		C.C.		
Valores	Peso Volumétrico(grams): 0		Observaciones del cliente:		Tel:		
	Peso Facturado(grams): 200				Fecha de entrega:		
	Valor Declarado: \$0				Distribuidor:		
	Valor Flete: \$23 800				C.C.		
Costo de manejo: \$0				Gestión de entrega:			
Valor Total: \$23.800 COP				1er			2do



11115735004000RA572046751C0

[illegible]

UAC CENTRO 1141
CENTRO A 573