Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT: 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4010266767

PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000113287 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA** COD. AGENCIA: 400 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	01	2026	30	01	2026

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD SUR** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.577.433-7**

DIRECCIÓN: CL 3 33 72 CIUDAD: AGUACHICA, CESAR TELÉFONO: 3174407534

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL REGIONAL DE AGUACHICA JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **892.300.445-8**

BENEFICIARIO: **HOSPITAL REGIONAL DE AGUACHICA JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **892.300.445-8**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	30/01/2026	31/03/2027	216,000,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	30/01/2026	30/09/2029	108,000,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	30/01/2026	31/01/2027	108,000,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 892300445 - HOSPITAL REGIONAL DE AGUACHICA JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE E.S.E.

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO SINDICAL 112-2026 DE FECHA 30 DE ENERO DE 2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR LA EJECUCION DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA, PARA LA ATENCION EN SALUD DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***432,000,000.00	$ ********2,268,000	$****15,000.00	$ ******433,770	$ ********2,716,770

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
MARIA CRISTINA PEREZ SALAZAR	10403	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient/#/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR,ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_: HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000401026676

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CAD821780D09FA7959

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

Somos la Decimoprimera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — COLOMBIA 2025

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — AMÉRICA LATINA 2025

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

4010266940

PÓLIZA No: 400 -74 - 994000028891 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA** COD. AGE: 400 RAMO: 74 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
30	01	2026	30	01	2026	23:59		30	09	2026	23:59		243	30	01	2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS	DIAS
30	01	2026	23:59		30	09	2026	23:59		243

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD SUR** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.577.433-7**

DIRECCIÓN: CL 3 33 72 CIUDAD: AGUACHICA, CESAR TELÉFONO: 3174407534

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD SUR** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.577.433-7**

DIRECCIÓN: CL 3 33 72 CIUDAD: **AGUACHICA, CESAR** TELÉFONO: 3174407534

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES NIT : 900577433

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: SANTANDER CIUDAD: BUCARAMANGA

DIRECCION: CALLE 0 No. - LUGAR DONDE SE EJECUTE EL CONTRATO

ACTIVIDAD: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: ESTATAL MANZANA: 0-1

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		$ 108,000,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	108,000,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

INDEMNIZAR LOS PERJUCIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES ATRIBUIBLES AL ASEGURADO, POR LESIONES MUERTE A PERONAS Y/O DAÑOS A LA PROPIEDAD DE TERCEROS, DERIVADOS DEL CONTRATO SINDICAL 112-2026 DE FECHA 30 DE ENERO DE 2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR LA EJECUCION DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LAESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA, PARA LA ATENCION EN SALUD DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL CUENTA CON UN AMPARO BÁSICO.
AMPARO PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES.
AMPARO CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS SALVO EN EL EVENTO EN QUE EL SUBCONTRATISTA TENGA SU PROPIO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.
AMPARO VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.
AMPARO PATRONAL,
AMPARO GASTOS MÉDICOS.
AMPARO GASTOS DE DEFENSA.
AMPARO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES.
AMPARO DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***108,000,000.00	$ **********215,704	$****15,000.00	$ *******43,834	$ **********274,538

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
MARIA CRISTINA PEREZ SALAZAR	10403	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000401026694

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

YESVACA 0

CAD821780D09FA775B CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CABECERA COD. AGENCIA: 400 RAMO: 74 No PÓLIZA: **994000028891** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD SUR** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.577.433-7**

ASEGURADO: **SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD SUR** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.577.433-7**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

TODAS LAS COBERTURAS QUE SE INDICAN ESTÁN CONTEMPLADAS DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO BÁSICO.
SE CONFIRMA QUE EL ASEGURADO SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD SUR NIT 900.577.433-7 Y HOSPITAL REGIONAL DE AGUACHICA JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE E.S.E. NIT. 892.300.445-8

CLIENTE

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: **994000028891** ANEXO: 0 TIPO DE MOVIMIENTO: 0 PAGINA: 3

TOMADOR: **SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD SUR** IDENTIFICACION: **900.577.433-7**

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	SINDICATO DE TRABAJADORES PR	900577433-7	CALLE 0 No. - LUGAR DONDE SE E	BUCARAMANGA	108,000,000.00	215,704	259,538

PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
215,704	259,538

RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PÓLIZA

RESOLUCIÓN Nº 111
(30 de Enero 2026)

POR LA CUAL SE APRUEBA UNA GARANTÍA
EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO EL HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFAÑE E.S.E. VILLAFAÑE EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES, Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR EL DECRETO 1876 DE 1.994; Y

CONSIDERANDO

Que la señora **MARIANY MANOSALVA MENESES** Mayor de edad, identificada con **CC 49.663.774** representante legal de **SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES DE LA SALUD SUR "SINTRASALUD SUR"** con **NIT 900.577.433-7,** Suscribió **EL CONTRATO N°112-2026** con esta entidad que tiene por objeto **CONTRATAR LA EJECUCION DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA, PARA LA ATENCION EN SALUD DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

Que en el mencionado contrato se estipuló a favor de esta Entidad **PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO, CALIDAD DEL SERVICIO, PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES Y RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.**

Que **SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES DE LA SALUD SUR "SINTRASALUD SUR".**, presentó ante esta Entidad las **PÓLIZAS N°400-47-994000113287 Y 400-74-994000028891** de fecha **02/01/202630/01/2026** expedida por la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA** mediante la cual se ampara el riesgo establecido en el contrato, así:

RIESGO	Porcentaje Amparado	Fecha de vigencia
CUMPLIMIENTO	20%	30/01/2026 AL 31/03/2027
PAGO SALARIOS P SOCIALES E IND	10%	30/01/2026 AL 30/09/2029
CALIDAD DEL SERVICIO	10%	30/01/2026 AL 31/01/2027
RESP. CIVIL EXTRA	10%	30/01/2026 AL 30/09/2026

En virtud de lo anterior

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Aprobar las **PÓLIZAS N°400-47-994000113287 Y 400-74-994000028891** de fecha **30/01/2026** expedida por la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA.** Presentada a esta Entidad por el contratista.

ARTICULO SEGUNDO: Comunicar al contratista la presente decisión tomada mediante el presente acto haciéndole saber que contra ella no procede ningún recurso

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la Fecha de su Expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE
Dado en Aguachica – Cesar, El dia treinta (30) de Enero de 2026

LUIS CARLOS RINCÓN NAVARRO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

	NOMBRE	ROL	FIRMA
PROYECTÓ	MARIA PAULA DEL REAL	JUDICANTE OFICINA JURIDICA	
REVISÓ	CAROLINA OLIVELLA	ASESORA JURIDICA	
Los arribas firmantes declaramos que hemos revisado el documento, cuyo contenido se encuentra ajustado a las disposiciones legales vigentes, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma			

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 8500870 – Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional #: 018000910383