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

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

Asunto: Autorización notificación electrónica Resolución.

Cordial saludo,

(REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. (CC / CE / PS), actuando en calidad de (REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de (NOMBRE DE LA SOCIEDAD / ENTIDAD) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con NIT. (No. NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por medio de la presente, autorizo expresamente que se nos 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cordialmente,

(FIRMA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO)

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
3. En caso de ser apoderado adjuntar el documento que lo faculta.