



SEÑOR
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
E.S.D.

REFERENCIA: SIGNOS DISTINTIVOS
ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER ESPECIAL

CATALINA ROZO VILLEGAS, identificada con la cédula de ciudadanía N°. 43.626.483 y domiciliada en la ciudad de Medellín, actuando con facultades a mí otorgadas mediante escritura pública N°. 544 del 16 de mayo de 2025, de la Notaría Veintisiete del Círculo de Medellín, por el Docto **ÉLMER DE JESÚS GAVIRIA RIVERA**, identificado con cédula de ciudadanía N°. 71.622.852, en calidad de Representante Legal del **HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA**, identificado con NIT 811.016.192 – 8, me permito manifestar que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a la Abogada **ALEJANDRA MARÍA MAZO SALDARRIAGA**, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.035.866.751 y portadora de la tarjeta profesional N°. 352.863, expedida por el C.S de la Judicatura, para que represente al **HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA** en todo lo relacionado con el trámite de registro de signo distintivo.

Mi apoderado queda expresamente facultado para conciliar, renunciar, sustituir, reasumir, transigir, desistir, recibir y en general con todas las facultades necesarias para el cabal cumplimiento en el trámite referenciado, de conformidad con el Artículo 73 y SS de la Ley 1564 de 2012.

Sírvanse reconocerle personería a la Abogada **ALEJANDRA MARÍA MAZO SALDARRIAGA**, y permitir la ejecución de las gestiones indicadas a nombre de la Entidad que represento.

Atentamente,

Acepto,

CATALINA ROZO VILLEGAS
C.C. N°. 43.626.483
PODERDANTE

ALEJANDRA MARÍA MAZO SALDARRIAGA
C.C N°. 1.035.866.751
T.P N°. 352.863 DEL C.S DE LA J

Sede Principal: Carrera 51B #69-13 / **Sede Ambulatoria:** Carrera 51A # 62 – 42 / **Conmutador:** (604) 604 95 95
Central de Citas: (604) 322 36 33 / **Contacto:** corporativo@almamater.hospital

