# COOPERATIVA DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD RED MEDICRON IPS CONSEJO DE ADMINISTRACION ACUERDO No. xxxx

**DEL(día/mes/año)**

**EL CONSEJO DE ADMINISTRACION DE RED MEDICRON IPS,** en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, y

# CONSIDERANDO:

Por lo anteriormente expuesto,

# ACUERDA

**ARTICULO PRIMERO. -**

**ARTÍCULO SEGUNDO. -** El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su aprobación.

# CUMPLASE

Dado en San Juan de Pasto, a EN LETRAS (EN NÚMERO) días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de AÑO EN LETRAS (AÑO EN NÚMERO).

# NOMBRE Y APELLIDO NOMBRE Y APELLIDO

Presidente Secretario

*Elaboró: Nombre y apellido*

*Cargo/Rol*

*Revisó: Nombre y apellido*

*Cargo/Rol*