| GOBERNACION DEL HUILA | SISTEMA DE GESTIÓN: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG | icontec ISO 9001 SC4353-1 |
|---|---|---|
| Fecha Aprobación: 04 de Octubre de 2021 | DESIGNACIÓN Y/O RE-DESIGNACION DE SUPERVISOR | Código: DAC-C055-P1110-F10<br>Versión: 6<br>Página 1 de 1 |

## DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR

Se deja constancia de la designacion del supervisor del contrato o convenio que se identifica a continuación, en desarrollo de la cual, deberá cumplir las funciones de vigilancia y control de conformidad con lo establecido en los articulos 3 y 26 de la Ley 80 de 1993, 82 y 83 de la Ley 1474 de 2011 y el Capitulo Quinto del Decreto No. 007 de 2007, "Del control a la ejecución de los contratos y convenios suscritos con el Departamento del Huila" para lo cual se le hace entrega del respectivo expediente contractual.

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR DESIGNADO (A)** | Yuli Paola Ledesma Vargas |
| **CEDULA DEL SUPERVISOR DESIGNADO (A)** | 33751077 |
| **PERFIL DEL SUPERVISOR DESIGNADO (A)** | PROFESIONAL UNIVESITARIO |
| **TIPO DE CONTRATO:** | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO |
| **CONTRATO O CONVENIO No.:** | **1358** |
| **CONTRATISTA o CONVINIENTE:** | **ESE HOSPITAL DEL ROSARIO DE CAMPOALEGRE** |
| OBJETO: | PRESTAR LOS SERVICIOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD SALUD EN CASA – "HUILA CRECE CONTIGO". Y LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC DE CONCURRENCIA EN LOS MUNICIPIOS DE RIVERA, CAMPOALEGRE, ALGECIRAS, HOBO, YAGUARÁ, TERUEL, IQUIRA Y SANTA MARÍA DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA. |
| **PLAZO:** | TRES (3) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, EN TODO CASO, SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2022 |
| **CUANTIA TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO:** | $ 1.542.544.120,00 MIL QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CIENTO VEINTE PESOS MTE |

**TIPO DE SEGUIMIENTO:**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Administrativo:** | X | **Técnico:** | X | **Financiero:** | X | **Contable:** | X | **Jurídico:** | X |
| **FECHA DESIGNACION:** | | | **DIA:** | 5 | **MES:** | 10 | **AÑO:** | 2022 | |
| **OBSERVACIONES:** | | | El funcionario designado manifiesta que conoce las disposiciones sobre las funciones y responsabilidades que comprende el ejercicio de la supervision establecidas en el Decreto No. 007 de 2007. | | | | | | |

**CESAR ALBERTO POLANIA SILVA**
**SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**
**(Información del responsable de la Ejecución contractual: firma, nombre, cargo)**

**Recibido:**

Nombre Yuli Paola Ledesma Vargas

| | ELABORÓ | REVISÓ | APROBÓ |
|---|---|---|---|
| FIRMA | | | |
| NOMBRE | | | |
| CARGO | | | |