| GOBERNACION DEL HUILA | MODELO INTEGRADO DE PLANIFICACION Y GESTION-MIPG | Código: DAC-C055-P1110-F10 |
|---|---|---|
| | | Fecha Aprobación: 09 de Octubre de 2018 |
| | DESIGNACIÓN Y/O RE-DESIGNACION DE SUPERVISOR | Versión: 5 |
| | | 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) | EDUARDO GARCIA CHACON |
| CEDULA DEL SUPERVISOR DESIGNADO (A) | 4.899.207 |
| PERFIL DEL SUPERVISOR DESIGNADO (A) | PROFESIONAL UNIVESITARIO |
| CONTRATO PRESTACION SERVICIOS No. | 165 |
| CONTRATISTA o CONVINIENTE: | CHRISTIAN DANIEL VARGAS CIFUENTES |
| OBJETO: | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA EL APOYO Y SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL Y FINANCIERO A LA RED PÚBLICA DE SALUD EN LA ZONA 1 Y 4 DEL DEPARTAMENTO. |
| PLAZO: | OCHO (8) MESES A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE 2023. |
| CUANTIA TOTAL DE LA ORDEN DE SUMINISTROS: | Valor en Letras: TREINTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE. (36.960.000 ) |

| TIPO DE SEGUIMIENTO: | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Administrativo: | | Técnico: | | Financiero: | X | Contable: | X | Jurídico: | |
| FECHA DESIGNACION: | 07-09-2021 | | | | | | | | |
| 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 N° 007 de 2007. | | | | | | | | |

CESAR ALBERTO POLANIA SILVA

SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

(Información del responsable de la Ejecución contractual: firma, nombre, cargo)

Recibido:

Nombre: EDUARDO GARCIA CHACON

| | REVISÓ | APROBÓ |
|---|---|---|
| NOMBRE Y FIRMA | | |
| CARGO | | |



Powered by CamScanner