En el Municipio de Santa Rosa de Cabal el día **CUATRO (04)** del mes de **OCTUBRE** del año **DOS MIL VEINTITRES (2023)** se notificó personalmente a la Señor(a) **LEIDY JOHANNA MARTINEZ MORALES** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **1.093.212.685** expedida en **SANTA ROSA DE CABAL,** en su calidad de **COORDINADORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS** la designación como Supervisor(a) del **CLAUSULADO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NRO. 099-2023** suscrito con **VITAL GROUP FFED S.A.S** para prestar el servicio de traslado asistencial básico por evento, con el fin de atender el traslado de pacientes cuando requieran ser remitidos a otras Entidades con niveles de mayor complejidad y se desborde la capacidad de respuesta por la alta demanda de remisiones y los tiempos de recepción prolongados; con el fin de que realicen control y seguimiento a la correcta ejecución del contrato, conforme lo establecido en el Estatuto de Contratación y al Manual de Contratación de la **E.S.E HOSPITAL** y lo ordenado en el artículo 84 y siguientes de la Ley 1474 de 2011 y demás normas que la adicionen, modifiquen o reglamenten.

El estatuto, manual y procedimientos se encuentran publicados para su consulta en la página web de la Entidad:

(*) https://www.hospisantarosadecabal.gov.co/manual_contratacion_adquisicion_compras.php
(*) https://www.hospisantarosadecabal.gov.co/formatos_modelos_contratos.php

Es su responsabilidad como Supervisoras y apoyo a la supervisión del contrato, entregar oportunamente la documentación de la ejecución y liquidación contractual a la Profesional contratada para el cargue de la información post contractual de la Entidad en el **Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP** - de la Agencia Nacional para la compra pública y en el **Sistema Integral de Auditoria – SIA OBSERVA** - de la Auditoria General de la Republica, cumpliendo con los criterios de forma, contenido, legibilidad y periodo.

¿Requiere apoyo a la supervisión? Si _X_ **No** ___

NOMBRE COMPLETO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN	VINCULACION	ACTIVIDADES ASIGNADAS
WENDY SALINAS RAMIREZ	En Misión	Apoyo a la Supervisión
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

	SUPERVISOR	SUPERVISOR
FIRMA		N/A
NOMBRE COMPLETO	LEIDY JOHANNA MARTINEZ MORALES	N/A
FECHA DE NOTIFICACION	04/10/2023	N/A

	APOYO A LA SUPERVISOR	APOYO A LA SUPERVISIÓN
FIRMA		N/A
NOMBRE COMPLETO	WENDY SALINAS RAMIREZ	N/A
FECHA DE NOTIFICACION	04/10/2023	N/A

	APOYO A LA SUPERVISOR	QUIEN NOTIFICA
FIRMA	N/A	
NOMBRE COMPLETO	N/A	MARTHA LILIANA RAMIREZ RIOS
FECHA DE NOTIFICACION	N/A	04.10.2023