E.S.E Hospital Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal	NOTIFICACION DE DESIGNACION SUPERVISION Y APOYO A LA SUPERVISION DE MODIFICACIONES, ACLARACIONES, ADICIONES O PRORROGAS	Código:	FOR- 0046-016
		Versión:	02

En el Municipio de Santa Rosa de Cabal el día **QUINCE (15)** del mes de **DICIEMBRE** del año **DOS MIL VEINTITRES (2023)** se notificó personalmente al Señor(a) **FEDERICO RESTREPO ESCOBAR** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **10.021.416** expedida en **PEREIRA,** en su calidad de **SUBGERENTE ASISTENCIAL**, en la designación como Supervisor(a) del **CONTRATO Nro. 112-2023**; con razón de entregar a título de compraventa la ropa hospitalaria con destino a las áreas requeridas, necesarios para brindar seguridad, comodidad y protección en la prestación de servicios de salud; con el fin de que continúe realizando 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 Supervisor(a) 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? Sí _X_ No ___

NOMBRE COMPLETO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN	VINCULACION	ACTIVIDADES ASIGNADAS
PAULA ANDREA GONZALEZ ARANGO	ENFERMERA	APOYO A LA SUPERVISIÓN

	SUPERVISOR	SUPERVISOR
FIRMA	15-12-2023	
NOMBRE COMPLETO	FEDERICO RESTREPO ESCOBAR	
FECHA DE NOTIFICACION		

	APOYO A LA SUPERVISOR
FIRMA	Paula A. González
NOMBRE COMPLETO	PAULA ANDREA GONZALEZ ARANGO
FECHA DE NOTIFICACION	15 - 12 - 2023

APOYO A LA SUPERVISIÓN

	APOYO A LA SUPERVISOR
FIRMA	
NOMBRE COMPLETO	
FECHA DE NOTIFICACION	

QUIEN NOTIFICA
Manuela Arias Henao
MANUELA ARIAS HENAO
15 - 12 - 2023.