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 PRIMERO (1) del mes de JULIO de DOS MIL VEINTISEIS (2026) se notificó personalmente a la Señor(a) VALENTINA LOPEZ ECHEVERRY identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.088.326.916 expedida en PEREIRA en su calidad de JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN, y Supervisor(a) del CONTRATO DE SUMINISTRO NRO. 234 - 2026 objeto es EL CONTRATISTA se obliga con la E.S.E HOSPITAL a prestar el servicio de impresión, escaneado y fotocopiado de todos los documentos de las diferentes áreas, disponiendo de los equipos requeridos en las instalaciones de la Entidad, y conforme a las necesidades de los servicios; 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 __ No X

NOMBRE COMPLETO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN	VINCULACION	ACTIVIDADES ASIGNADAS

	SUPERVISOR	QUIEN NOTIFICA
FIRMA		Manuela Arias
NOMBRE COMPLETO	VALENTINA LOPEZ ECHEVERRY	MANUELA ARIAS HENAO
FECHA DE NOTIFICACION	01/07/2026	01/07/2026