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

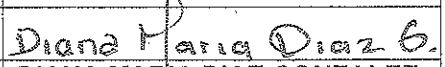
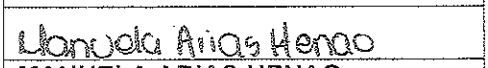
En el Municipio de Santa Rosa de Cabal el día **UNO (01) DE JULIO** de **DOS MIL VEINTISEIS (2026)** se notificó personalmente a la Señor(a) **JUAN SEBASTIAN RESTREPO** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **1.093.218.502** expedida en **SANTA ROSA DE CABAL,** en su calidad de **SUBGERENTE ASISTENCIAL,** y Supervisor(a) del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS NRO. 246 - 2026** objeto es El CONTRATISTA se obliga a prestar los servicios de la especialidad de cardiología en la realización de los Ecocardiogramas y monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA), según la demanda de las diferentes áreas de la E.S.E HOSPITAL; 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? Si X **No** __

NOMBRE COMPLETO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN	VINCULACION	ACTIVIDADES ASIGNADAS
DIANA MARIA DIAZ GONZALEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	APOYO A LA SUPERVISIÓN

	SUPERVISOR	SUPERVISOR
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	JUAN SEBASTIAN RESTREPO SALGADO	
FECHA DE NOTIFICACION	01-07-2026	

	APOYO A LA SUPERVISOR	QUIEN NOTIFICA
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	DIANA MARIA DIAZ GONZALEZ	MANUELA ARIAS HENAO
FECHA DE NOTIFICACION	01-07-2026	01-07-2026