## ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR

LA ALCALDESA del Municipio de Mogotes, Santander, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Decreto 1082 de 2015, y

**CONSIDERANDO:**

1. Que, el día veinticuatro (24) de agosto de 2026 se celebró el convenio No. 003 con **ESAL CENTRO GERONTOLOGICO Y VIDA "LUISA MARCELINA" DE MOGOTES SANTANDER** identificado con NIT 804.004.842-1
2. Que, el objeto del contrato es: CONVENIO DE ASOCIACION ENTRE EL MUNICIPIO DE MOGOTES Y UN CENTRO GERONTOLOGICO - ESAL PARA GARANTIZAR EL APOYO Y ASISTENCIA INTEGRAL A 50 ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE MOGOTES SANTANDER, QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE VULNERABILIDAD DE ACUERDO A LISTADO CENSAL Y/O QUE SEGÚN ESTUDIO SOCIOECONÓMICO QUE DETERMINO SU CONDICIÓN
3. Que, conforme al artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, las entidades públicas están obligadas a vigilar permanentemente la correcta ejecución del objeto contratado, a través de un supervisor o un interventor, según corresponda
4. Que se requiere designar un supervisor idóneo con conocimientos para ejercer el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico, por lo que, se

**DESIGNA:**

**1.** Designar como supervisor del convenio No. 003 a:

| DATOS DEL SUPERVISOR | |
|---|---|
| **Nombre completo:** | MARIA CAMILA ARCINIEGAS MORANTE |
| **Documento de identidad:** | 1.100.960.530 |
| **Cargo:** | Secretaria de Salud |
| **Dependencia:** | Secretaría de Salud |

**2.** El supervisor designado ejercerá las funciones de seguimiento y control administrativo, técnico, legal y financiero, de conformidad con la ley y manual de supervisión de la entidad.

Dado en Mogotes, Santander, a los veinticuatro (24) días del mes de agosto de 2026.

**LEIDY JOHANA ALMEIDA BALCARCEL**
**Alcaldesa Municipal de Mogotes.**

**NOTIFICACIÓN AL SUPERVISOR:** Acepto la designación y declaro no encontrarme incurso en causales de impedimento o incompatibilidad.

**MARIA CAMILA ARCINIEGAS MORANTE.**
**Secretaria de Salud Municipal.**
Fecha: veinticuatro (24) días del mes de agosto de 2026

Firma: _____

| | Funcionario/Contratista | Cargo/Contrato | Firma |
|---|---|---|---|
| Proyecto y Revisó | Abog. Diego Alfredo Ortiz Vega | Contratista Jurídico Externo | |
| El profesional arriba firmante declara que ha revisado el presente documento y lo encuentra ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma de la Alcaldesa Municipal | | | |