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

En el Municipio de Santa Rosa de Cabal el día **VEINTIUNO (21)** del mes de **AGOSTO** de **DOS MIL VEINTISEIS (2026)** se notificó personalmente a la Señor(a) **JUAN SEBASTIAN RESTREPO SALGADO** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____, en su calidad de **SUBGERENTE ASISTENCIAL**, y Supervisor(a) del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NRO. 274- 2026** objeto El CONTRATISTA se obliga para con la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal a prestar el servicio de transporte asistencial básico en ambulancia, bajo la modalidad por evento, con el fin de garantizar el traslado de pacientes que requieran ser remitidos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de mayor nivel de complejidad, cuando la capacidad operativa institucional resulte insuficiente para cubrir la demanda del servicio.; con el fin de que continúe realizando 5ontrol 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:

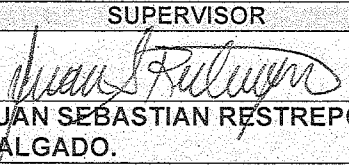
(*) https://www.hospisantarosadecabal.gov.co/manual_contratacion_adquisicion_compras.php

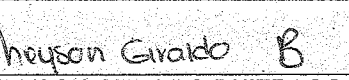
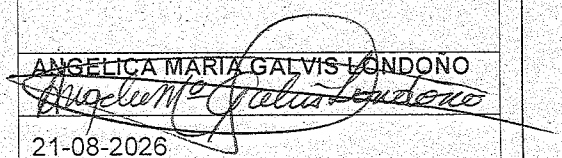
(*) https://www.hospisantarosadecabal.gov.co/formatos_modelos_contratos.php

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 ___

NOMBRE COMPLETO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN	VINCULACION	ACTIVIDADES ASIGNADAS
PAULA ANDREA GONZÁLEZ ARANGO	ENFERMERA JEFE	APOYO A LA SUPERVISION

	SUPERVISOR	SUPERVISOR
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	JUAN SEBASTIAN RESTREPO SALGADO.	
FECHA DE NOTIFICACION	21-08-2026	

	APOYO A LA SUPERVISOR	QUIEN NOTIFICA
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	JHEYSON GIRALDO BUITRAGO.	ANGELICA MARIA GALVIS LONDOÑO
FECHA DE NOTIFICACION	21-08-2026	21-08-2026