Hospital de Fuentedeoro	**HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO NIT:822001570-3**	Código	HDF-F10	
	FORMATO DESIGNACION DE SUPERVISION	Versión	1	
		Fecha Actualización	05/12/2025	

Fuentedeoro Meta, 07 septiembre de 2026

Señora:
SANDRA LILIANA VELANDIA VERGARA
Auxiliar de Farmacia
La Ciudad.

Asunto. Designación de Supervisor

De manera atenta me permito comunicarle que, en atención a su idoneidad, se le designa como supervisor del siguiente contrato.

Número de Contrato:	238 de septiembre de 2026
Nombre o Razón Social:	LUISA FERNANDA SAMBONI SAMBONI
Fecha:	07 septiembre de 2026

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DAR CONTINUIDAD DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL AREA URBANA, DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS) DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL DE ATENCION E.S.E DE FUENTEDEORO, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 709 DE 2025.

Para que supervise, controle, vigile y verifique la ejecución del mismo, determine su cumplimiento y por ende la satisfacción del fin perseguido. Para dar cumplimiento a tal labor deberá ceñirse al artículo 37 al 44 de la Resolución No 481 de 2024 "POR LA CUAL SE ESTABLECE Y ADOPTA EL MANUAL DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO".

En ejercicio de sus funciones como supervisor deberá entre otras suscribir y remitir a la oficina de Gerencia las respectivas actas del contrato de la referencia, con el fin de que reposen en el expediente único del contrato y solicitar la constancia del pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos) como requisito de obligatorio cumplimiento sin el cual no se podrá realizar la gestión del pago correspondiente.

Atentamente,

CLAUDIA MARCELA BAYONA RODRÍGUEZ
Gerente

Mediante el presente documento se notifica que fue designado supervisor del contrato No. 238 de septiembre de 2026. Para lo de su competencia y fines pertinentes.

El notificado SANDRA LILIANA VELANDIA V.
Fecha 07-09-2026.

Tirado.
Proyecto: Shirley Tirado
Apoyo administrativo.

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co