	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 **OCHO (08)** del mes de **SEPTIEMBRE** de **DOS MIL VEINTISÉIS (2026)** se notificó personalmente a la Señor(a) **DORA BEATRIZ MEJIA SERNA** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **42.105.997** expedida en **PEREIRA,** en su calidad de **JEFE DE OFICINA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA,** y Supervisor(a) del **CONTRATO DE PRESTACION DE SUMINISTRO NRO. 283- 2026** objeto es Suministrar vestido y calzado de labor y (dotación) con destino a los servidores públicos de la Entidad; así como de elementos de protección personal para los empleados de la institución; 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 _X_ **No** __

NOMBRE COMPLETO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN	VINCULACION	ACTIVIDADES ASIGNADAS
YULI ALEJANDRA ROJAS RAMÍREZ	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	APOYO A LA SUPERVISIÓN

	SUPERVISOR
FIRMA	
NOMBRE COMPLETO	DORA BEATRIZ MEJIA SERNA
FECHA DE NOTIFICACION	

	QUIEN NOTIFICA
FIRMA	
NOMBRE COMPLETO	ANGELICA MARIA GALVIS LONDOÑO
FECHA DE NOTIFICACION	

	APOYO A LA SUPERVISOR
FIRMA	
NOMBRE COMPLETO	YULI ALEJANDRA ROJAS RAMÍREZ
FECHA DE NOTIFICACION	