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

En el Municipio de Santa Rosa de Cabal el día **UNO (01) DE OCTUBRE** 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 SERVICIOS NRO. 296- 2026** objeto Prestar servicios de auxiliar administrativa con el fin de garantizar el cierre administrativo documental de las actividades desarrolladas en el marco de la Resolución 245 del 10 de febrero de 2026; 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
MARIA EUGENIA ESCOBAR	COORDINACION DE APS	APOYO A LA SUPERVISIÓN

	SUPERVISOR	QUIEN NOTIFICA
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	DORA BEATRIZ MEJIA SERNA	ANGELICA MARIA GALVIS LONDOÑO
FECHA DE NOTIFICACION	01/10/2026	01/10/2026

	APOYO A LA SUPERVISOR
FIRMA	
NOMBRE COMPLETO	MARIA EUGENIA ESCOBAR
FECHA DE NOTIFICACION	01/10/2026