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 **VEINTINUEVE (29)** del mes de **SEPTIEMBRE** de **DOS MIL VEINTISEIS (2026)** se notificó personalmente a la Señor(a) **VALENTINA LOPEZ ECHEVERRY** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **1.088.326.916** expedida en **PEREIRA,** en su calidad de **JEFE DE OFICINA PLANEACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN**, Supervisora del **CONTRATO DE COMPRAS NRO. 300 - 2026** objeto es entregar, a título de compraventa, tres (3) unidades odontológicas fijas por la institución, incluyendo su suministro, entrega, instalación, puesta en funcionamiento, pruebas operativas y capacitación al personal designado por el Hospital, necesario para la prestación del servicio de Salud Oral en la Entidad; 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 __ No ___

NOMBRE COMPLETO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN	VINCULACION	ACTIVIDADES ASIGNADAS

	SUPERVISOR
FIRMA	
NOMBRE COMPLETO	VALENTINA LOPEZ ECHEVERRY
FECHA DE NOTIFICACION	29-09-2026

SUPERVISOR

	APOYO A LA SUPERVISION
FIRMA	
NOMBRE COMPLETO	JUAN SEBASTIAN TABRES PINEDA
FECHA DE NOTIFICACION	29-09-2026

QUIEN NOTIFICA
ANGELICA MARIA GALVIS LONDONO
29-09-2026