E.S.E Hospital Vicente de Paul 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)** del mes de **OCTUBRE** de **DOS MIL VEINTISEIS (2026)** se notificó personalmente a la Señor(a) **JHEYSON GIRALDO BUITRAGO** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **1.088.014.810** expedida en **SANTA ROSA DE CABAL**, en su calidad de **JEFE ENFERMERÍA**, y Supervisor del **CONTRATO DE SUMINISTRO NRO. 294 - 2026** objeto EL CONTRATISTA se obliga con la E.S.E HOSPITAL a suministrar la alimentación diaria (desayuno, almuerzo, cena) conforme a las prescripciones nutricionales y calóricas definidas por el médico tratante para los usuarios de la Entidad y para aquellas otras necesidades asistenciales o administrativas de la Entidad; 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
DIANA MARCELA SALDARRIAGA	ENFERMERA JEFE	APOYO A LA SUPERVISION

	SUPERVISOR
FIRMA	Jheyson Giraldo B.
NOMBRE COMPLETO	JHEYSON GIRALDO BUITRAGO
FECHA DE NOTIFICACION	01/10/2026

SUPERVISOR

	APOYO A LA SUPERVISOR
FIRMA	
NOMBRE COMPLETO	DIANA MARIA SALDARRIAGA O.
FECHA DE NOTIFICACION	01/10/2026

QUIEN NOTIFICA
ANGÉLICA MARÍA GALVIS LONDOÑO
01/10/2026