E.S.E Hospital Departamental San Simón — Victoria Caldas —	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN Formato de Oficio de Designación y Delegación de Supervisión	Código: PC-ADM-FO-50 Versión: 02 Actualización: 16/04/2026 Páginas: 1 de 1

Victoria-Caldas, noviembre 10 de 2026.

Señora,
NUBIA PEREZ.
C.C. N.º 25.221.141.
Auxiliar de enfermería.

ASUNTO: DELEGACIÓN DE SUPERVISIÓN.

Cordial saludo,

Comunico a usted que, en virtud de la desconcentración administrativa, ha sido designado(a) supervisor(a) del contrato N.º **2026111001** el cual tiene como objeto el PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO OPERATIVO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DENTRO DE LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RESOLUCIÓN 3280 DE 2018), EJECUTANDO LAS ACTIVIDADES DE VACUNACIÓN, DEMANDA INDUCIDA, REPORTE EN PLATAFORMAS OFICIALES Y ATENCIÓN EN LAS ZONAS URBANA Y RURAL DEL ÁREA DE INFLUENCIA DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMÓN., celebrado con **JUAN DIEGO DIAZ VALENCIA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía N.º 1.007.140.347, quién para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**.

Como supervisor(a) del mencionado Contrato tendrá las siguientes obligaciones: **1.** Verificar que el Contratista cumple con los requisitos de experiencia, legales y su propuesta se ajusta a los requerimientos de la Administración. **2.** Revisar los informes de ejecución del objeto contractual y emitir concepto sobre el mismo. **3.** Certificar el cumplimiento del objeto contractual. **4.** Verificar la Afiliación y pago al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales sí aplicasen. **5.** Además, le informo que el Supervisor del Contrato es responsable Penal, fiscal y disciplinariamente por la acción u omisión en el cumplimiento de sus funciones.

Atentamente,

MARILÚ HERNÁNDEZ MÉNDEZ.
Gerente
ESE Hospital Departamental San Simón de Victoria-Caldas.

CERTIFICACIÓN DE NOTIFICACIÓN: Certifico que he recibido copia del Contrato de la Referencia, copias del Certificado de Disponibilidad Presupuestal y del Registro Presupuestal del Contrato. Recibí:

NUBIA PEREZ.
C.C. N.º 25.221.141.
Auxiliar de Enfermeria.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE: Jhon F. Anacona Orduy Abogado-Contratista ÁREA: Contratación	NOMBRE: Grace Viviana Ocampo Triana Bacterióloga-Contratista ÁREA: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud -SOGCS-	NOMBRE: Marilú Hernández Méndez CARGO: Gerente