	<b>PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> <b>GERENCIA</b> <b>CONTRATACIÓN</b>	<b>Código: DE-01-2024</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Fecha: 30 SEPTIEMBRE 2024</b>
		<b>Página 1 de 1</b>

**DESIGNACIÓN DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN**

<b>DE:</b>	CARLOS ENRIQUE TORRES MARÍN
<b>PARA:</b>	LEOFANOR ESCOBAR CUESTA subdirector Administrativo y Financiero
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>	DAVID MAURICIO VARGAS LARREA
<b>CONVENIO O CONTRATO No.:</b>	CPS-010-2026
<b>FECHA:</b>	06 DE ENERO DE 2026
<b>OBJETO:</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN LOS SERVICIOS DE RIAS (RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD), CONSULTA EXTERNA, Y URGENCIAS EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE HELICONIA-ANTIOQUIA.

Por medio del presente escrito, en calidad de representante legal de la entidad, me permito comunicarle que, de acuerdo con lo señalado en la cláusula decima octava del contrato No CPS-010-2026, celebrado entre el Hospital San Rafael y El Señor **DAVID MAURICIO VARGAS LARREA** ha sido designada como supervisor del contrato.


Por lo anterior, le solicito entrar en contacto con el Contratista y verificar la carpeta del contrato, para iniciar las actividades a que haya lugar, atendiendo las obligaciones establecidas en los Artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011, y demás normas concordantes.

Atentamente,


---

**CARLOS ENRIQUE TORRES MARÍN**  
 Gerente


---

**LEOFANOR ESCOBAR CUESTA**  
 Supervisor

<b>ESE HOSPITAL SAN RAFAEL</b> <b>CALLE 22 B # 20 21 Heliconia – Antioquia</b>	<b>NIT: 890981074-2</b> <b>TELÉFONO: (604) 854 98 97</b>
---	---