C.S. JAIME MICHEL SANTA HELENA DEL OPON	**E.S.E CENTRO DE SALUD JAIME MICHEL NIT 804.010.718-9 SANTA HELENA DEL OPON**	Código: DE-GG-FO-04 **Versión:** 01 **Fecha:** 04/11/2019
	OFICIO	**PÁGINA 1 DE 1**

Santa Helena del Opón Santander, 23 de enero de 2026

CARMENZA COLMENARES BENAVIDES
Profesional Universitario
E.S.E. CENTRO DE SALUD JAIME MICHEL
Santa Helena del Opón Santander

Ref.: DELEGACIÓN DE SUPERVISIÓN.

Cordial Saludo,

Por medio del presente escrito, me permito informarle que, en consideración a las funciones establecidas para su cargo, se ha designado como supervisor del contrato de Suministro, cuyo objeto es **"COMPRA DE POLIZAS PARA LA ESE CENTRO DE SALUD JAIME MICHEL (POLIZA TODORRIESGO AMBULANCIA OCH176 Y MYT650, POLIZA MULTIRIESGO PREVIHOSPITAL, PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CLINICAS Y HOSPITALES, POLIZA DE SEGURO DE MANEJO GLOBAL OFICIAL Y SOAT DE LAS AMBULANCIAS CON PLACAS OCH176 Y MYT650".**Del contrato celebrado con **DELSY YOLIMA MORA CONTRERAS**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 60.341.763 de Cúcuta, en calidad de Representante Legal de **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, Con NIT N° 860.002.400-2 para el cual se da un plazo desde la firma del acta de inicio hasta el 30 de septiembre de 2026.

Igualmente le comunico que esta delegación no tiene ninguna asignación salarial adicional.

Para su conocimiento y fines pertinentes,

Cordialmente,

JUAN CARLOS MURILLO CASTILLO
Gerente

ACEPTO: _____