REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL HUILA
MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE HUILA
DESPACHO ALCALDÍA
Nit. 891.118.119-9

Campoalegre, 06 de noviembre de 2026.

Señor (a)s
DIRECTOR (A) LOCAL DE SALUD
Campoalegre

Ref.: Supervisión Contrato No. MCCDCPS229-2026

Cordial saludo.

Por medio de la presente me permito informarle, que ha sido delegado (a) para realizar la supervisión del contrato de la referencia, el cual figura a nombre de **DUVAN FELIPE SERRANO CORDOBA,** Por lo anteriormente expuesto, deberá usted realizar lo correspondiente a cada una de las funciones que se requieren para el debido control y la correcta ejecución del convenio en mención.

Sin otro particular.

VICTOR RAMON VARGAS SALAZAR
Alcalde Municipal