Controlar
SALUD INTEGRAL S.A.S

## ACEPTACIÓN DE MODIFICACIÓN DE CONTRATO

Yo, **Claudia Patricia Tellez** identificada con **CC 51.974.999 de Bogotá** en mi calidad representante legal de la empresa Controlar Salud Integral SAS identificada con NIT 830.103.479-8, manifiesto que he leído y comprendido plenamente la **modificación al contrato** celebrado bajo la Oferta **AO-128-2025.**

Mediante el presente documento, **acepto de manera expresa y voluntaria** las modificaciones acordadas, las cuales consisten en **disminución del monto.**

En señal de conformidad, firmo la presente aceptación en **Bogotá** a los **16** días del mes de **diciembre** del año **2025**.

**Claudia Patricia Tellez**

Claudia Patricia Tellez
CC 51974999 de Bta

**Firma**