Sucre, cinco (9) de Marzo de dos mil veintiséis (2026)

Señores
E. S. E. CENTRO DE SALUD SUCRE
(Santander)

REF: AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA

Cordial Saludo.

SHARON MICHELL LOTERO CASTILLO, mayor de edad e identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1101019138 de Barbosa (S), mediante este escrito, me permito AUTORIZAR para que realicen el Pago correspondiente a la Cuenta de Cobro No. 001 nueve (09) del mes de marzo de dos mil veintiséis (2026), respecto al Contrato de Prestación de Servicios No. CPS-041-2026, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	Banco BANCOLOMBIA
NUMERO	32998613077

Atentamente,

Sharon Michell Lotero

SHARON MICHELL LOTERO CASTILLO
C.C. No. 1101019138 de BARBOSA (S)
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 001

E. S. E. CENTRO DE SALUD SUCRE
(SANTANDER)
NIT: 804.008746-9

DEBE A:

SHARON MICHELL LOTERO CASTILLO
C.C. No. **1101019138** DE BARBOSA (S)

POR CONCEPTO DE: Pago Parcial por Prestación de servicios No. CPS-041-2026 de 2023, cuyo objeto es "PRESTACIÓN DE SERVICIOS S COMO TÉCNICO DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE SUCRE SANTANDER, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 00000696 DEL 21 DE ABRIL DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL", según texto de la minuta contractual.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
04	02	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
28	02	2026

LA SUMA DE: TRES MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 3.000. 000.oo).

Dada en Sucre (Santander), a los nueve (09) días del mes de marzo de dos mil veintiséis (2026)

Sharon Michell Lotero

SHARON MICHELL LOTERO CASTILLO
C.C. No. 1101019138 DE BARBOSA (S)
Contratista