Sucre, nueve (09) de Marzo de dos mil veintiséis (2026)

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

REF: AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA

Cordial Saludo.

YEIMY PAOLA VARGAS PEÑA mayor de edad e identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1.005.452.506** de SUCRE SANTANDER, mediante este escrito, me permito AUTORIZAR para que realicen el Pago correspondiente a la Cuenta de Cobro No. 01 de fecha nueve (09) del mes de Marzo de dos mil veintiséis (2026), respecto al Contrato de Prestación de Servicios No.45 de 2026, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA
NUMERO	4-607-62-03734-4

Atentamente,

Yeimi Paola Vargas Peña

YEIMY PAOLA VARGAS PEÑA
C.C. No. **1.005.452.506** de SUCRE SANTANDER
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 01

E. S. E. CENTRO DE SALUD SUCRE
(SANTANDER)
NIT: 804.008.746-9

DEBE A:
YEIMY PAOLA VARGAS PEÑA
C.C. No. **1.005.452.506** DE SUCRE SANTANDER

POR CONCEPTO DE: Pago Parcial por contrato de Prestación de servicios No. 45 de 2026, cuyo objeto es "**PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE SUCRE SANTANDER, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 00000696 DEL 21 DE ABRIL DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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 M/TE ($ 3.000.000.oo).

Dada en Sucre (Santander), a los nueve (09) días del mes de Marzo de dos mil veintiseis (2026).

Yeimi Paola Vargas Peña

YEIMY PAOLA VARGAS PEÑA
C.C. No. **1.005.452.506** de SUCRE SANTANDER
Contratista