Sucre Santander, nueve (09) de Marzo de dos mil veintiseis (2026)

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

REF: AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA

Cordial Saludo.

ADRIANA MARCELA ARIAS ARIAS, mayor de edad e identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.098.658.598 de BUCARAMANGA 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.55-2026,**
a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	Bancolombia
NÚMERO	91200711691

Atentamente,

Marcela Arias
_____
ADRIANA MARCELA ARIAS ARIAS
C.C. No. 1.098.658.598 de Bucaramanga
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 01

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

DEBE A:

ADRIANA MARCELA ARIAS ARIAS
C.C. No. 1.098.658.598 de Bucaramanga

POR CONCEPTO DE: Pago Parcial por contrato de prestación de servicios profesionales Nº.55-2026, cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA PARA LA EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD AREA URBANA DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE SUCRE SANTANDER, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 00000696 DEL 21 DE ABRIL DEL 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL",** según texto de la minuta contractual.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
05	02	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
28	02	2026

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 4.750.000.oo) M/CTE.

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



ADRIANA MARCELA ARIAS ARIAS
C.C. No. 1.098.658.598 de BUCARAMANGA
Contratista