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

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

REF: AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA

Cordial Saludo.

OMAIRA FLOREZ DIAZ, mayor de edad e identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.101.757.854 de Vélez (S), mediante este escrito, me permito AUTORIZAR para que realicen el Pago correspondiente de la Cuenta de Cobro No. 02, de fecha nueve (09) del mes de abril de dos mil veintiséis (2026), respecto al Contrato de Prestación de Servicios Nº CPS-034-2026, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS A LA VISTA N°2255568
BANCO	BANCO COOPERATIVO COOPCENTRAL
NUMERO	0113000063060

Atentamente,

OMAIRA FLOREZ DIAZ
C.C 1.101.757.854 de Vélez
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 02

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

DEBE A:

OMAIRA FLOREZ DIAZ
C.C. No. 1.101.757.854 de Vélez (S)

POR CONCEPTO DE: Pago parcial por Prestación de servicios profesionales **Nº CPS-034-2026,** cuyo objeto es **"**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA COORDINADORA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA ESE CENTRO DE SALUD SUCRE SANTANDER, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 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
01	03	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
31	03	2026

LA SUMA DE: OCHO MILLONES MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 8.000.000.oo).

Dada en Sucre (Santander), El nueve (09) día del mes de abril de dos mil veintiséis (2026).

OMAIRA FLOREZ DIAZ
C.C 1.101.757.854 de Vélez
Contratista