

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A SUJETOS NO OBLIGADOS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
DATOS DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor : Luisa Fernanda Castellanos Gonzalez	
Identificación : 1.110.555.124	
Dirección: Conjunto Foresta de Calambeo torre 6 apto 207	
Telefono : 3176704652	
Correo Electronico : luisacastellanospsi@gmail.com	
Señores:	HOSPITAL LOCAL VITO FASAEEL GUTIERREZ PEDRAZA
Dirección:	CALLE 4 # 4-05 BARRIO CENTRO
Ciudad:	VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
Teléfonos:	3212856674
Pago:	TRANSFERENCIA
Documento N°	1
	4/29/2026

Codigo	Descripcion	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE PSICOLOGIA PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y LA IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGUN RESOLUCION 386 del 11 DE FEBRERO DE 2026.SEGUN CONTRATO N° 069-2026	1	\$ 10,175,000	\$ 10,175,000
	DURANTE EL MES DE MARZO 02 DE 2026 AL 26 DE MARZO DE 2026			
	CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA NRO 86994350694			
Son : DIEZ MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL PESOS (M/CTE)			Total Bruto	\$ 10,175,000
			Total Neto	10,175,000
FIRMA  Elabora	Autorizo	Acepta (Firma y Sello) De		