SOPORTE DE COSTOS						
Ciudad y Fecha:	Villavicencio, 04 MAYO 2026	**Nº Contrato:**	**255 DE 2026**	**Consecutivo de Soporte de Costos Nº**		3
Nombre y Apellido:	**AMINTA HIDALID HIDALGO BEJARANO**			**No. Cedula o NIT**		40.330.170
Dirección:	CONJUNTO SAN ANTONIO RESERVADO			**No. Celular:**		3213237111
Periodo de Cobro:	02 ABRIL AL 01 MAYO 2026			**E-mail**		hidaly2005@hotmail.com

Concepto de la operación u objeto	Cantidad	Valor de la operación u objeto
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS ATLETAS EN LOS PROCESOS DE PREPARACIÓN, COMPETENCIA Y RECUPERACIÓN. CON EL FIN DE FORTALECER, OPTIMIZAR EL RENDIMIENTO Y CONTRIBUIR AL LOGRO DE RESULTADOS DE ALTO NIVEL DE LOS DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DEL META.	1	$ 2.688.000,00

** No obligado a facturar perteneciente a NO responsable de IVA*

FIRMA	**Nº de Cuenta Bancaria**	**352152813**	
	Tipo de Cuenta	**Ahorro** X	**Corriente** ___
Aminta Hidalid Hidalgo	**Nombre de la Entidad Bancaria**	**BBVA**	

*Lo anterior conforme al Decreto 3050/1997 Reglamenta el Estatuto Tributación la Ley 383 y se Dicta otras disposiciones. En cumplimiento del Art. 3

Scanned with CamScanner