

Yumbo, julio 22 de 2026

Doctora
CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
Gerente
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA E.S.E.
Yumbo – Valle

Asunto: PRESENTACIÓN DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Cordial saludo.

De manera atenta me permito ofrecer a usted mis servicios como **TECNICO DE APOYO**

La propuesta que le presenté está encaminada a que se estudie la posibilidad de suscribir un contrato de PRESTACION DE SERVICIOS como TECNICO DE APOYO con la entidad que usted representa con el fin de dar apoyo al objeto social de la Institución.

Manifiesto a usted mi disposición de suscribir el contrato de Prestación de Servicios, declarando bajo la gravedad del juramento que NO me encuentro incurso(a) en inhabilidades o incompatibilidades contenidas en normas legales vigentes y que conozco los términos del contrato, valor y forma de pago, dado que previamente se me ha facilitado un ejemplar para mi conocimiento, el cual en ningún momento genera vínculo laboral alguno y que ejecutaré el objeto contractual de forma autónoma, sin subordinación ni dependencia alguna con el contratante.

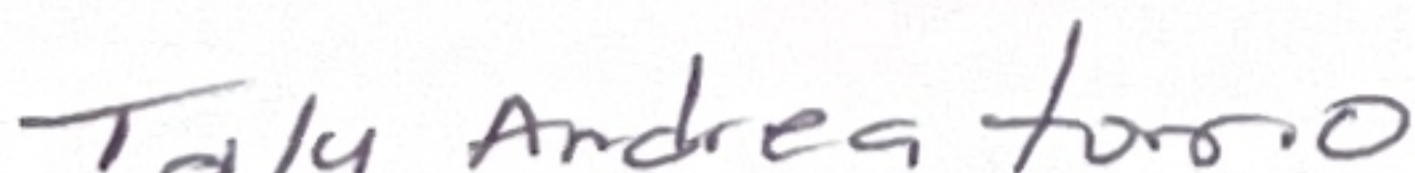
En el evento que el Hospital acoja la presente oferta, de antemano manifiesto que estoy en disponibilidad de concertar un cronograma de actividades para ser desarrolladas en horas diurnas, aspecto que me beneficiaría por cuanto me permite distribuir mi tiempo para cubrir otras actividades personales. Así mismo manifiesto que es mi deseo ser afiliado a la Administradora de Riesgos Profesionales con que el Hospital tenga vinculación, para lo cual de antemano AUTORIZO A LA ENTIDAD para que diligencie mi afiliación, en cuanto a los pagos los realizaré de manera conjunta con los aportes de Salud y Pensión. Conocedor que el Contrato a suscribir es de Prestación de Servicios, la presente solicitud en ningún momento genera vínculo laboral alguno

Adicionalmente manifiesto que soy conocedor y manejo la normatividad y exigencias del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad propio del sector público y relacionado con la norma ISO 9001:2015, por lo tanto mi oferta se acogerá dentro de las exigencias de dicha normatividad.

Agradezco al hospital sea tenida en cuenta mi OFERTA y/o PROPUESTA de prestación de mis servicios y expreso que el acuerdo relativo a la cuantía de los honorarios que me sean ofrecidos y reconocidos, sean cancelados por MENSUALIDADES VENCIDAS durante la vigencia del contrato.

Para los fines pertinentes anexo a esta Propuesta los documentos solicitados

Atentamente,


TALY ANDREA TORRES OCORO
CC 1.118.287.040 de Yumbo



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Torres	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ocoro	NOMBRES Taly Andrea	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No 1118287040	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 09 MES 08 AÑO 1987		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 8 2 A 28 casa san fernando	
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO VALLE DEL CAUCA	
DEPTO VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO YUMBO		
MUNICIPIO CALI	TELÉFONO	EMAIL antatoco09@hotmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA															
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	10	AÑO	2004	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		CONTADURIA PUBLICA	11	2024	
PREGRADO	9	X		CONTADURIA PUBLICA	06	2024	
PREGRADO	7	X		CONTADURIA PUBLICA	06	2023	
PREGRADO	4	X			06	2007	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)



NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
[]		[]		[]	
SEXO		ESTADO CIVIL		NIVEL DE EDUCACIÓN	
[]		[]		[]	
CARRERA		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
[]		[]		[]	

4 IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE YUMBO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA				MUNICIPIO YUMBO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 6516600				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
Día 01 Mes 02 Año 2026				Día 30 Mes 06 Año 2026							
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA GESTION				DEPENDENCIA 4131. UNIDAD DE APOYO A LA GESTION				DIRECCIÓN CALLE 5 4 40			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA - YUMBO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA				MUNICIPIO YUMBO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 6959595				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
Día 16 Mes 02 Año 2026				Día 15 Mes 06 Año 2026							
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO				DEPENDENCIA 4112.60. OFICINA DE COMUNICACIONES				DIRECCIÓN CARRERA 6 10 null ESQUINA			

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA - YUMBO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO YUMBO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6959595			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	08	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA 4112.60. OFICINA DE COMUNICACIONES						DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 6 10 null ESQUINA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO YUMBO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	14	Mes	08	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILAR ADMIISTRATIVO			DEPENDENCIA AREA DEL PIC						DIRECCIÓN CARRERA 6 null null CALLE 10 ESQUINA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA - YUMBO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO YUMBO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	13	Mes	04	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DEL PIC						DIRECCIÓN CALLE 10 6 1					

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO						DIRECCIÓN					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	8
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Taly Andrea Londoño

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.118.287.040

TORRES QCORO
APELLIDOS

TALY ANDREA
NOMBRES

Taly Andrea Torres D.
FIRMA



Powered by CS CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1987

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

12-AGO-2005 YUMBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Abdulgipso
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-3112100-65141282-F-1118287040-20051212

01347 05346D 02 188444686

Powered by CS CamScanner

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141143059363



(415)7707212489984(8020) 000014114305936 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 1 8 2 8 7 0 4 0 6

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Cali

14. Buzón electrónico

5

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 1 8 2 8 7 0 4 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio

Yumbo

8 9 2

31. Primer apellido

TORRES

32. Segundo apellido

OCORO

33. Primer nombre

TALY

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio

Yumbo

8 9 2

Dirección principal

CR 8 2 A 28 BRR SAN FERNANDO

42. Correo electrónico antatoco09@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 6 4 3 5 7 6 8

45. Teléfono 2

3 2 4 7 1 2 3 3 8 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 2 1 1

2 0 2 4 1 1 1 2

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

8 2 9 9

2 0 2 4 1 1 1 2

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																							

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

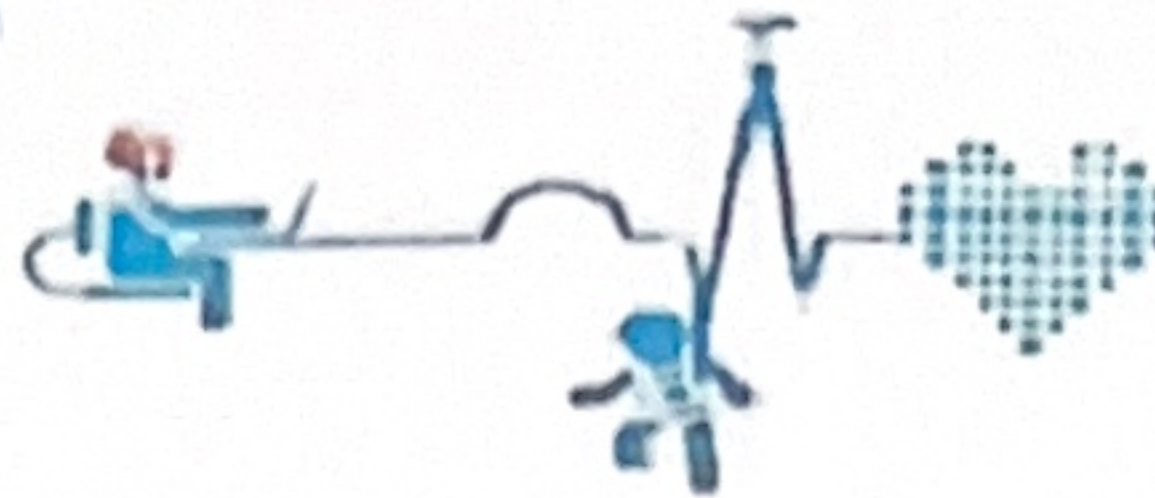
Firma autorizada:

984. Nombre

TORRES OCORO TALY ANDREA

985. Cargo

CONTRIBUYENTE



N° 5011

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
13 DÍA	11 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULAR				PARTICULAR	
Nombre de la empresa				Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
TORRES OCORO TALY ANDREA				Genero	Edad
Apellidos y Nombres				FEMENINO	37 AÑOS 3 MESES 4 DÍAS
				Documento de Identificación	C.C
				Tipo	1.118.287.040
				Número	
Cargo					
CONTRATISTA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA (APTO)					
Observaciones: NO APLICA					
NO APLICA		PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS			
NO APLICA		PARA TRABAJAR EN ALTURAS			
NO APLICA		PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS			
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		- NO APLICA		- NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ☒					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		- USO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL - SVE OSTEOMUSCULAR		- HÁBITOS SALUDABLES - FORTALECIMIENTO MUSCULAR - DIETA BALANCEADA - HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Danny Muñoz P.					
Danny Muñoz Piedrahita					
MÉDICO ESPECIALISTA EN					
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO					
RESOLUCION 6778 FECHA 29/04/19					
Firma:			Firma: Taly Andrea Torres		
Nombre: MUÑOZ PIEDRAHITA DANNY DARIO			Nombre: TORRES OCORO TALY ANDREA		
R.M.: 194573 L.S.O.: 077829			CC: 1.118.287.040		



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**YUMBO, VALLE
DEL CAUCA,
COLOMBIA,
A quien interese**

16/06/2026

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **TALY ANDREA TORRES OCORO** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1118287040**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	0550488429340703
Saldo a la fecha	49.88 Pesos
Fecha de apertura	12/04/2022

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



RADICADO DE SALIDA
20241114-100-003236E

GGH-005-001-030



LA SUSCRITA GERENTE DEL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA – E.S.E. DE YUMBO-VALLE

HACE CONSTAR

Que el señor **TALY ANDREA TORRES OCORO**, identificada con cedula de ciudadanía No **1.118.287.040** expedida en Yumbo, ha suscrito con esta Entidad, contrato de prestación de servicios como **APOYO ADMINISTRATIVO**

No. de Contrato	Tiempo	Valor Total
GGH-008-003-132-2022	Abril 13 – Septiembre 30 de 2022	\$8.742.000.ºº
GGH-008-003-254-2022	Octubre 03 – Diciembre 31 de 2022	\$4.683.000.ºº
GGH-008-003-203-2023	Agosto 14 – Noviembre 30 de 2023	\$6.816.000.ºº

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

Nº	Actividad
1.	Digitador.
2.	Realizar informes del PIC.
3.	Acompañamiento y apoyo al equipo en actividades PIC.
4.	Graficar.
5.	Y las demás actividades asignadas por la subgerencia científica de acuerdo con las necesidades del servicio.

Para aclaración de dudas o confirmación de la información aquí consignada, se adjunta el siguiente número telefónico, 6026959595 Ext. 167.

Para constancia de lo anterior, se firma en Yumbo, a los catorce (14) días del mes de noviembre de 2024.

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE

www.hospitaldeyumbo.gov.co
labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co



Se anexa recibo de pago No. 990100000009209571, expedido por la Secretaría de Hacienda y Finanzas Públicas – Subsecretaría Tesorería, por concepto de estampillas Pro- Hospitales \$ 5.200. Pro salud \$5.200.

Walter Angel Torres
WALTER ANGEL TORRES
GERENTE (E)

Revisó: Julián Andrés Echeverry - Asesor Jurídico - Disciplinario
Elaboró: José María Lourido - Talento Humano - Contratista

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE

www.hospitaldeyumbo.gov.co
labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co