Bogotá, D.C

Doctora
VICTORIA BOLIVAR OCHOA
Coordinadora General Planta de Regalías
Contraloría General de la República
Ciudad

Asunto: Propuesta Contrato de Prestación de Servicios

Apreciada Doctora Bolivar:

Mediante la presente, me permito presentar mi hoja de vida a su disposición, así como la siguiente oferta de prestación de servicios, para la prestación de mis servicios profesionales.

Objeto: "Prestación de servicios profesionales para apoyar la función de vigilancia de la gestión fiscal a cargo de la Contraloría General de la República, para el seguimiento de recursos públicos de reactivación económica".

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. Acompañar a la CGR en las actividades requeridas para el desarrollo de las distintas modalidades de fiscalización y que se relacionen con el seguimiento a recursos destinados a la reactivación económica del país, en el proceso de vigilancia y control fiscal en cada una de sus fases, de acuerdo con los procedimientos establecidos en las guías de auditoría y manuales vigentes de la Entidad.
2. Apoyar a la CGR, en el marco del control concomitante y preventivo realizando actividades de seguimiento a los recursos del Sistema General de Regalías.
3. Participar con las dependencias de la CGR que correspondan, en la realización conjunta e inmediata de actividades de vigilancia y control fiscal, sobre las alertas levantadas por parte de la Unidad de Análisis de la Información para contribuir al cumplimiento de las competencias de la Entidad y a su articulación institucional.
4. Brindar orientación, acompañamiento y apoyo para atender, tramitar y documentar las solicitudes ciudadanas y denuncias, teniendo en cuenta su formación profesional, de acuerdo con el procedimiento establecido por la Dirección de Atención Ciudadana de la Entidad.

5. Contribuir en la elaboración y/o revisión de informes que le requiera la CGR, para hacer seguimiento a los recursos públicos, desde el punto de vista de su profesión.
6. Atender los requerimientos que haga la CGR, para asistir a reuniones, en busca de apoyar las distintas actuaciones fiscales, desde el área de su profesión y donde estén involucrados recursos públicos.
7. Mantener actualizados los Sistemas de Información y aplicativos misionales puestos a disposición por la CGR.
8. Asistir a las reuniones institucionales o interinstitucionales y/o mesas de trabajo, a las cuales sea convocado en relación con el objeto contractual.
9. Brindar apoyo y acompañamiento a las visitas asignadas, en el marco de la vigilancia y control fiscal.
10. Las demás que determine el supervisor y que tengan como finalidad cumplir el objeto contractual.

VALOR: Honorarios mensuales de SEIS MILONES DE PESOS ($ 6.000.000) M/CTE o proporcionales al tiempo ejecutado incluidos todos los impuestos que correspondan.

DURACIÒN DE LOS SERVICIOS A PRESTAR: Hasta el 15 de diciembre de 2022.

Atentamente,

Lilia Ibañez B.

Nombre: LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA
Cedula: 55.308.720 de Barranquilla
Telefono: 3017881527

CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Señores
CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA

El (La) suscrito (a) declara bajo la gravedad de juramento que **NO** me encuentro incurso (a), en alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad contenidas en el artículo 8 la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 Ley 1150 de 2007, los artículos 1,2 y 4 Ley 1474 de 2011 o en cualquier otra establecida en la Constitución o la Ley, que me impidan suscribir contratos con la entidad.

De igual manera estoy enterado (a) que, de hallarme en alguna de dichas circunstancias, el contrato queda viciado de nulidad absoluta según lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 44 de la Ley 80 de 1993, así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7o. y 52 del estatuto de contratación.

Adicionalmente y en atención a la prohibición constitucional contenida en el artículo 126 de la Constitución Política, también manifiesto bajo la gravedad de juramento que **NO** poseo vínculo de parentesco[1] (hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil o por matrimonio o unión permanente) con el señor Contralor General de la República, ni con la Gerente Administrativa y Financiera de la Entidad, ni con los Senadores o Representantes a la Cámara que intervinieron en la postulación o designación del Señor Contralor.

La presente Certificación se expide en Barranquilla a los 30 días del mes de octubre del año 2022

Cordialmente;

Nombre. LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA

Firma. _____

Cédula. 55.308.720 de Barranquilla

[1] Según el Código Civil Colombiano, arts. 35 y ss., entiéndase los grados de parentesco así:

1. Hasta el cuarto grado de consanguinidad incluye: hijo, padres, nieto, abuelo, bisnieto, bisabuelo. tataranieto, tatarabuelo, hermano, tío, primo, sobrino, sobrino_-nieto, tío-abuelo.
2. Hasta segundo de afinidad incluye: yerno, nuera, suegro o suegra, hijastro o padrastro, abuelo o nieto político.
3. 3. Primero civil incluye: hijo adoptivo, padres adoptivos.

Barranquilla, octubre 30 de 2022

Señores

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Asunto: Manifestación de Afiliación ARL

Yo **LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA** identificado (a) con cédula deciudanía No **55'308.720**, por medio de la presente, me permito informar que para dar cumplimiento a lo establecido en el literal a) numeral 1 del artículo 2 de la Ley 1562 de 2012, es mi voluntad:

1. Afiliarme a la ARL COLMENA de la Contraloría General de la República

   - SI X [1]

2. En caso contrario, reportaré mi contrato a la ARL_____ [2]

Así mismo, me comprometo a reportar a la ARL[3], las novedades que durante la ejecución del contrato surjan.

Nombre: LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA

Firma: Lilia Ibañez B.

Cédula: 55308720 de Barranquilla

[1] Si es su voluntad ser afiliado a la ARL de la entidad marque una X en el campo SI; la entidad realizará el proceso de reporte.
[2] De ser negativa la primera pregunta indicar a que ARL reportará el contrato.
[3] Tales como: prórrogas, terminaciones, suspensiones, etc.

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste UTC -5 16:53:47 CGR-NIVEL CENTRAL

Datos Inicio

Directorio SECOP

Perfil | Idioma y hora | Certificaciones | No disponible | Noticias | Documentos | Indicadores de negocio | Incumplimientos

Compradores Proveedores

Lilia Ibañez Barraza

COLOMBIA, Barranquilla

0 Recomendación (es)

Número de documento:55308720

Ver perfil | Existencia y Representación | RUP

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: Lilia Cristina Ibañez Barraza
Nombre abreviado: Lilia Ibañez Barraza
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 55308720
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: Lilia Cristina Ibañez Barraza
Identificación: 55308720
Nacionalidad: Colombiana
Domicilio: Barranquilla
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
Género: Mujer

Información General

Indicadores de negocio

Clasificación: Cómo mejorar su

Recomendaciones 0

Visitas al perfil: 31

Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selección Sin datos
Última actualización:3/11/2022 4:53 PM

5% Dat Cóm dato

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias

© VORTAL 2019 Términos de uso Política de privacidad Normativa Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 soporte@secop.gov.co Weekdays 9 am to 7 pm

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

Por medio de la presente, yo LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. 55.308.720 declaro bajo la gravedad del juramento que, de acuerdo con lo reportado en la hoja de vida que reposa en el SIGEP y los soportes que la acompañan,cuento con la capacidad e idoneidad para ejecutar el contrato de prestación de servicios a celebrar con la CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA, cuyo objeto será: "Prestación de servicios profesionales para apoyar la función de vigilancia de la gestión fiscal a cargo de la Contraloría General de la República, para el seguimiento de recursos públicos de reactivación económica".

En el mismo sentido, manifiesto que a la fecha:

SI _____ Tengo vínculos contractuales vigentes con las siguientes entidades estatales

NO _X_ Tengo vínculos contractuales vigentes.

(En caso de marcar SI indique cuales)

Entidad	Plazo	Valor	Objeto

Nombre: LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA Firma:

CC. 55.308.720 de Barranquilla

Fecha: octubre 30 de 2022

Carrera 69 No. 44-35 – Piso 14 • Código Postal 111321 • PBX 518 7000
conl@contraloria.gov.co • www.contraloria.gov.co • Bogotá, D. C., Colombia

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
IBAÑEZ	BARRAZA	LILIA CRISTINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 55308720	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 04 MES 09 AÑO 1985	Transversal 44 N° 102-80 Torre 6 apto 219 Miramar			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ATLANTICO
DEPTO	ATLANTICO	MUNICIPIO	BARRANQUILLA		
MUNICIPIO	BARRANQUILLA	TELÉFONO	3350244	EMAIL	lilia953@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	12	AÑO	2001

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN PEDAGOGIA Y DOCENCIA	12	2016	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	12	2014	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	11	2001	106373

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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 CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLANTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - AUDITORIA						*DIRECCIÓN* CALLE 70 - 52 29					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CODETEC			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLANTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3017544194	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 44 N ° 79 - 227					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4381144	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	05	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 C 16 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	09	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 23 23 A 02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2018	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA Y ADMINISTRATIVO						*DIRECCIÓN* CALLE 23 23 A 02					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 23 23 A 02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4319339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	08	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 23 N °13 A 02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4319339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	08	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 C 16 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4319339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 23 N ° 13 A -02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4319339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 23 23 A 02					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4319542	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 1 C 18 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALTA GAMA CLUB			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLANTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3225513521	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año*	2013	*Día*	15	*Mes*	08	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA- COMERCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 29 79 A 26						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CODETEC			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLANTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3017544104	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	06	*Año:*	2021	*Día:*	30	*Mes:*	11	*Año:*	2021
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 44 - 79 227						

5 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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	1

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 Barranquilla, octubre 30 de 2022

Lilia Ibañez B.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 **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

FUNCIÓN PÚBLICA

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2022-09-22 00:23

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LILIA	CRISTINA	IBAÑEZ	BARRAZA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	55308720

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLANTICO	BARRANQUILLA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLANTICO	BARRANQUILLA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA

Dirección	["CARRERA 69 N 44 35 "]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$5.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$5.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CARRO	COLOMBIA	ATLANTICO	BARRANQUILLA	$83.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALIRIO		PLATA	LOZADA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 7599664

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

MANIFESTACIÓN DE PUBLICACIÓN DE DECLARACIÓN DE RENTA (LEY 2013 DE 2019)

De acuerdo, con lo dispuesto en la Ley 2013 de 2019, ***POR MEDIO DEL CUAL SE BUSCA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE TRANSPARENCIA Y PUBLICIDAD MEDIANTE LA PUBLICACIÓN DE LAS DECLARACIONES DE BIENES, RENTA Y EL REGISTRO DE LOS CONFLICTOS DE INTERÉS,*** bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma de este documento, manifiesto que:

- Estoy obligado a presentar declaración de impuesto sobre la renta y complementarios:

  SI __X__, NO _____

  Si la respuesta es afirmativa:

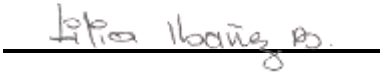
- Cumplí con la publicación en el SIGEP (Ley 2013 de 2019) de la última declaración de rentay complementarios presentada ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN):

  SI__x__, NO _____

Nota: La entidad realizará la verificación de la información aquí consignada en la plataforma del SIGEP; tenga en cuenta que la publicación de la declaración de renta (si está obligado a declarar) es requisito para adelantar el proceso de contratación.

Nombre: LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA

Cedula de Ciudadanía: 55'308.720 de Barranquilla.

Firma: 

la declaración, y versión que corrige/modifica; **Fecha de publicación**: fecha en la cual el declarante publicó la declaración y **Estado declaración**: Finalizado o En revisión.

El estado Finalizado indica que el sujeto obligado seleccionó su Entidad y Cargo de las listas disponibles en el sistema; En revisión indica que la Entidad o el Cargo fueron diligenciados por el sujeto obligado y el Departamento Administrativo de la Función Pública verificará la información consignada para precisar su validez legal antes de marcar el registro con estado Finalizado.

publicación

Buscar | Limpiar búsqueda | Ir a Módulo de reporte de información

RECUERDE QUE: En virtud del principio de buena fe, se presume que la información consignada por los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 es verídica y, por ende, es de uso legal hasta tanto se desvirtúe con los mecanismos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente.

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA CEDULA DE CIUDADANIA - 55308720	**Declaración Ley 2013 de 2019**	CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA **Reporte de Entidad**	CONTRATISTA	PERIÓDICO	**693755-01** Declaración inicial	2022-09-22 00:23	FINALIZADO
LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA CEDULA DE CIUDADANIA - 55308720	**Declaración Ley 2013 de 2019**	CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA **Reporte de Entidad**	CONTRATISTA	OTRO	**470042-01** Declaración inicial	2022-01-19 20:38	FINALIZADO
LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA CEDULA DE CIUDADANIA - 55308720	**Declaración Ley 2013 de 2019**	CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA **Reporte de Entidad**	CONTRATISTA	INGRESO	**437485-01** Declaración inicial	2022-01-14 16:09	FINALIZADO

Aplicativo por la Integridad Pública

1.3.9

Privacidad - Términos



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-SEP-1985**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

15-DIC-2003 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0300104-22163561-F-0055308720-20071014 **04890** 07287N 03 246885203

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

55.308.720
NUMERO

IBAÑEZ BARRAZA
APELLIDOS

LILIA CRISTINA
NOMBRES



Lilia Ibañez B
FIRMA


CONSEJO PROFESIONAL
REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo
T.P 106373
LILIA CRISTINA
IBAÑEZ BARRAZA
CC 55308720 BARRANQUILLA
AUTONOMA DEL CARIBE
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS
Fecha de Título 24/07/2010


La presente tarjeta profesional se expide en virtud de la Resolución No.
04 del 25/01/2010
Presidenta
Esta Tarjeta Profesional acredita al titular para el ejercicio de la
profesión de conformidad con lo dispuesto por la
Ley 60 de 1981, el Decreto 2718 de 1984 y la Ley 20 de 1988

CONSEJO PROFESIONAL
DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
JUNTOS LOGRAMOS MÁS

La suscrita Directora Ejecutiva del
CONSEJO PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Organismo creado por la Ley 60 de 1981, reglamentada por el Decreto 2718 de 1984 y facultado por la citada ley para otorgar la Matrícula Profesional; y en consecuencia, expedir la correspondiente Tarjeta Profesional de los administradores de empresas, administradores de negocios, y demás denominaciones reconocidas por el Consejo

CERTIFICA:

Que la matrícula y la tarjeta profesional No. 106373 expedidas a nombre de la señora LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 55308720, se encuentran vigentes.

Que la señora LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA, no tiene registradas sanciones ni presenta antecedentes disciplinarios en el Consejo Profesional de Administración de Empresas.

Que la matrícula y la tarjeta profesional No. 106373 fueron otorgadas el dia 26 de Enero de 2018 mediante la resolución No. 04 del Consejo Profesional de Administración de Empresas.

La presente certificación tiene una vigencia de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada en Bogotá, D.C., el treinta (30) de Octubre de 2022.

Firmado digitalmente por
OLGA LUCÍA MONTES GORDILLO
Directora Ejecutiva

Certificación de vigencia y de antecedentes disciplinarios No. 206048

El presente certificado se emitió en formato electrónico y ha sido firmado digitalmente para garantizar su plena validez jurídica y probatoria. Su impresión será tenida en cuenta como copia del original emitido en medios electrónicos. Para validar la autenticidad del certificado ingrese a la página https://tramites.cpae.gov.co/tramites/ - opción Confirmación Certificaciones e ingrese el siguiente código de verificación:

206048-55308720-111350

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:55:44 PM horas del 03/11/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **55308720**
Apellidos y Nombres: **IBAÑEZ BARRAZA LILIA CRISTINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Portal Único de Contratación GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia (https://www.policia.gov.co/

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/11/2022 04:56:21 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **55308720 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **45453218** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 208682397

WEB
16:57:31

Bogotá DC, 03 de noviembre del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 55308720:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 03 de noviembre de 2022, a las 16:59:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	55308720
Código de Verificación	55308720221103165931

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre,
La Universidad Autónoma del Caribe

Con Personería Jurídica reconocida por la Gobernación del Departamento del Atlántico, mediante Resolución número 303 del 3 de abril de 1967 y con reconocimiento Institucional como Universidad, según Decreto número 2694 de diciembre 12 de 1974, emanado del Gobierno Nacional.

Representada por el Consejo Directivo, la Rectora, el Decano y los profesores del

Programa de Administración de Empresas

Aprobado por Resoluciones No. 9515 de fecha 5 de febrero de 1973 y 2116 de fecha 1o. de Abril de 1974 del Ministerio de Educación Nacional, con Registro Calificado por Resolución No. 7039 del 10 de noviembre de 2006, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

NOTARIA ONCE DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
EL NOTARIO ONCE DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA HACE CONSTAR QUE ESTA FOTO COPIA COINCIDE CON EL ORIGINAL DE LA CUAL FUE TOMADA
28 OCT. 2010
CARLOS J. MENDIVIL CIODARO
NOTARIO

NOTARIA 11 DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
11
CARLOS J. MENDIVIL CIODARO
NOTARIO

en atención a que

Lilia Cristina Ibáñez Barraza

C.C. 55.309.720 de Barranquilla, Atlántico

ha culminado los estudios reglamentarios, le confiere el título de

Administrador de Empresas

y, en consecuencia, testifica que es idóneo(a) para ejercer dicha profesión

En fe de lo expuesto, le expedimos el presente Diploma que firmamos y sellamos en la ciudad de Barranquilla, el 24 de julio de 2010.

Silvia Beatriz Gette Ponce
Rectora y Presidente del Consejo Directivo

El Director Académico

El Secretario General

El Decano

Registrado en el folio 633
Número 17199 *del* 05
Registro de Diplomas No. 2-
Barranquilla 24-VII-10
El Secretario General

República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre,
La Universidad Autónoma del Caribe

Con Personería Jurídica reconocida por la Gobernación del Departamento del Atlántico, mediante Resolución numero 363 del 3 de Abril de 1967 y con reconocimiento Institucional como Universidad, según Decreto número 3694 de diciembre 12 de 1974, emanado del Gobierno Nacional.

Representada por el Consejo Directivo, la Rectoría, el Director y los profesores de la

Especialización en Gerencia del Talento Humano

Aprobada con Registro Calificado mediante Resolución No. 8534 de octubre 30 de 2009, emanada del Ministerio de Educación Nacional

en atención a que

Lilia Cristina Ibáñez Barraza

C.C. 55.308.720

ha culminado los estudios reglamentarios, le confiere el título de

Especialista en Gerencia del Talento Humano

En fe de lo expuesto, le expedimos el presente Diploma que firmamos y sellamos en la ciudad de Barranquilla, el 26 de abril 2014.

Ramsés Vargas Lamadrid
Rector

Pinilla Muñoz
ra Académica

Fredlly Gutiérrez Parejo
Coordinador

Registrado en el fo. 137 *, bajo el*
Número 345 *del libro de*
Registro de Diplom : No. 2
Barranquilla 26 - IV - 14

Manuel Baad Berrio
Secretario General

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic9-86

Certifican Que:

LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA

C.C. No. 55308720 de Barranquilla - Atlántico

Aprobó el programa de

PEDAGOGIA PARA PROFESIONALES NO LICENCIADOS EN EDUCACION

Intensidad Horaria: 600

Aprobado Según Resolución No. 00733 de Abril 01 de 2.016

Del comité de Capacitación Docente de la Secretaria de Educación Departamental

Decano Facultad de Educación

Subdirectora Nacional de Admisiones y Registro

Barranquilla, 14 de Diciembre de 2016

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

y en su nombre

Instituto Ariano

Aprobado según Resolución No. 001000 de Diciembre 22 de 1.999
Emanada de la Secretaría Distrital de Educación

Confiere a:

Lilia Cristina Ibáñez Barraza

Identificado (a) con R.C.No. 9867793 de BARRANQUILLA

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media
según los planes y programas vigentes

Rector

Blanca S. de Mazza

Secretaría

Claudia Patricia Blanco C.

Anotado al folio 28 del Libro de Registro No. 27

Dado en Barranquilla, a 1 de Diciembre de 2001

Escaneado con CamScanner

Barranquilla, 19 de Enero del 2022

A QUIEN INTERESE:
CERTIFICA QUE:

El señora **LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA**, identificada con **CC 55.308.720** de Barranquilla**,** laboro como Docente y tutora en el programa **TECNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO**, en nuestra institución, **LA CORPORACION TECNICA DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS DEL CARIBE CODETEC,** desde Junio del 2021 hasta Noviembre del 2021, con excelente desempeño, mostrando altas capacidades en sus procesos pedagógicos.

Se expide la presente a solicitud de la interesada a los 19 días del mes de Enero de la presente nualidad.

Atentamente,

JULIETH DANILA VILLARREAL MENDOZA
COORDINADORA PROGRAMA DE DOBLE TITULACION
Tel: 3022443451

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR:

Que, revisada la Base De Datos de la Oficina de Contratación, se encontró que el Departamento del Magdalena celebró con la señora **LILIA IBAÑEZ BARRAZA,** identificada con cedula de ciudadanía Nº 55.308.720 expedida en Barranquilla, contratos de prestación de servicios según el siguiente detalle:

Contrato Nº **0743** del 13 de mayo de 2019. **OBJETO:** Prestación de servicios profesionales en la Secretaria Seccional de Salud del Departamento del Magdalena – Área Financiera de la Red Hospitalaria del Ente Territorial. **OBLIGACIONES: 1.** Hacer seguimiento financiero sobre los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para la Gestión en Salud Publica y Transferencia Nacionales 25. Cargue en el aplicativo de la información financiera de los recursos transferidos por la Nación en la plataforma que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social 3. Apoyar en validar, analizar y evaluar la información financiera de la Red Hospitalaria concentrada en la Plataforma SIHO según decreto 2193 de 2004 4. Realzar visitas de vigilancia y control en materia financiera con en la finalidad de realizar seguimiento a las observaciones y recomendaciones realizadas en la plataforma SIHO 5. Organizar, convocar, consolidar y realizar seguimiento a las mesas de trabajo de aportes patronales 6. Disponibilidad cuando se programen comisión por parte del Departamento para auditorías a los Hospitales y revisar su información financiera 6. Otras asignadas por el supervisor inmediato. **VALOR:** Veinte Millones de Pesos M.L ($20.000.000.oo). **PLAZO:** Hasta el 31 de diciembre de 2019.

FECHA DE INICIO: 13 de mayo de 2019

FECHA DE FINALZIACIÓN: 31 de diciembre de 2019

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada a los Veintinueve (29) días del mes de septiembre de Dos Mil Veinte (2020).

Atentamente;

JENNY CAMACHO NEUTO
Jefe Oficina de Contratación

Proyectó: S. Mariano

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR:

Que, revisada la Base De Datos de la Oficina de Contratación, se encontró que el Departamento del Magdalena celebró con la señora **LILIA IBAÑEZ BARRAZA,** identificada con cedula de ciudadanía Nº 55.308.720 expedida en Barranquilla, contratos de prestación de servicios según el siguiente detalle:

Contrato Nº **0931** del 25 de septiembre de 2018. **OBJETO:** Prestación de servicios profesionales en la Secretaria Seccional de Salud del Departamento del Magdalena – Área Financiera de la Red Hospitalaria del Ente Territorial. **OBLIGACIONES: 1.** Validar, analizar y evaluar la información financiera de la Red Hospitalaria concentrada en la plataforma SIHO según Decreto 2193 de 2004 2. Comparar lo reportado en el aplicativo SIHO con el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, y al Programa de Reorganización y Modernización de la Red Hospitalaria del Departamento del Magdalenas 3. Consolidar los informes de financiera pertenecientes a la Red Publica Hospitalaria del Departamento del Magdalena que le sea asignada 4. Las demás que se deriven y que sean inherentes a la naturalezas, celebración y ejecución del presente contrato. **VALOR:** Ocho Millones Cien Mil Pesos M.L ($8.100.000.oo). **PLAZO:** Hasta el 31 de diciembre de 2018.

FECHA DE INICIO: 25 de septiembre de 2018

FECHA DE FINALZIACIÓN: 31 de diciembre de 2018

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada a los Veintinueve (29) días del mes de septiembre de Dos Mil Veinte (2020).

Atentamente;

JENNY CAMACHO NEUTO
Jefe Oficina de Contratación

Proyectó; S. Mariano

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR:

Que, revisada la Base De Datos de la Oficina de Contratación, se encontró que el Departamento del Magdalena celebró con la señora **LILIA IBAÑEZ BARRAZA,** identificada con cedula de ciudadanía Nº 55.308.720 expedida en Barranquilla, contratos de prestación de servicios según el siguiente detalle:

Contrato Nº **0287** del 25 de enero de 2018. **OBJETO:** Prestación de servicios profesionales en la Secretaria Seccional de Salud del Departamento del Magdalena – Área Financiera de la Red Hospitalaria del Ente Territorial. **OBLIGACIONES: 1.** Validar, analizar y evaluar la información financiera de la Red Hospitalaria concentrada en la plataforma SIHO según Decreto 2193 de 2004 2. Comparar lo reportado en el aplicativo SIHO con el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, y al Programa de Reorganización y Modernización de la Red Hospitalaria del Departamento del Magdalena 3. Consolidar los informes de financiera pertenecientes a la Red Publica Hospitalaria del Departamento del Magdalena que le sea asignada 4. Las demás que se deriven y que sean inherentes a la naturalezas, celebración y ejecución del presente contrato. **VALOR:** Dieciséis Millones Doscientos Mil Pesos M.L ($17.599.995.oo). **PLAZO:** Seis (6) meses, contados a partir del 1 de febrero de 2018.

FECHA DE INICIO: 1 de febrero de 2018

FECHA DE FINALZIACIÓN: 1 de agosto de 2018

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada a los Veintinueve (29) días del mes de septiembre de Dos Mil Veinte (2020).

Atentamente;

JENNY CAMACHO NEUTO
Jefe Oficina de Contratación

Proyectó; S. Mariano

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR:

Que, revisada la Base De Datos de la Oficina de Contratación, se encontró que el Departamento del Magdalena celebró con la señora **LILIA IBAÑEZ BARRAZA,** identificada con cedula de ciudadanía Nº 55.308.720 expedida en Barranquilla, contratos de prestación de servicios según el siguiente detalle:

Contrato Nº **0650** del 9 de junio de 2017. **OBJETO:** Prestación de servicios profesionales en la Secretaria Seccional de Salud del Departamento del Magdalena – Área de Laboratorio de Salud Pública con el fin de realizar el control de la información acerca de los mantenimientos correctivos y preventivos y fechas de adquisición de los equipos del LSP y en control de inventario y fechas de vencimiento de reactivos de insumos. **OBLIGACIONES: 1.** Brindar atención al público y usuarios que soliciten información en el Laboratorio de Salud Pública Departamental 2. Realizar labores de apoyo de informes y resultados que se generen o reciban en el Laboratorio de Salud Pública Departamental 3. Entregar los pedidos de elementos de oficina que solicite n las áreas de laboratorio de Salud Publica Departamental 4. Participar de todas las actividades programadas por el área de calidad 5. Mantener la confidencialidad, imparcialidad, integridad y protección de la información, LSPM-PG-LSP-003.12. 6. Participar en las capacitaciones de la norma ISO-NTC 17025. **VALOR:** Diecisiete Millones Quinientos Noventa y Nueve Mil Novecientos Noventa y Cinco Pesos M.L ($17.599.995.oo). **PLAZO:** Hasta el 31 de diciembre de 2017.

FECHA DE INICIO: 12 de junio de 2017

FECHA DE FINALZIACIÓN: 31 de diciembre de 2017

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada a los Veintinueve (29) días del mes de septiembre de Dos Mil Veinte (2020).

Atentamente;

JENNY CAMACHO NEUTO
Jefe Oficina de Contratación

Proyectó: S. Mariano

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR:

Que, revisada la Base De Datos de la Oficina de Contratación, se encontró que el Departamento del Magdalena celebró con la señora **LILIA IBAÑEZ BARRAZA,** identificada con cedula de ciudadanía N° 55.308.720 expedida en Barranquilla, contratos de prestación de servicios según el siguiente detalle:

Contrato N° **266** del 4 de abril de 2016. **OBJETO:** Prestación de servicios profesionales en la Secretaria Seccional de Salud del Departamento del Magdalena – Área Financiera, con el fin de hacer seguimiento financiero sobre los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para la Gestión en Salud Pública, Transferencias Nacionales, de los prestadores de servicios de salud y demás recursos de la salud con destinación específica, así mismo brindar asesoría, analizar y evaluar información financiera de la Red Hospitalaria y acciones de inspección, vigilancia y control del Programa de Reorganización y Modernización de Redes de servicios de salud. **OBLIGACIONES: 1.** Hacer seguimiento financiero sobre los recursos del Sistema General de participaciones (SGP) para la Gestión en Salud Pública. Transferencias Nacionales de los prestadores de servicios de salud y demás recursos de la salud con destinación específica 2. Apoyar en validar, analizar y evaluar la información financiera de la Red Hospitalaria concentrada en la plataforma SIHO según Decreto 2193 del 2004 3. Seguimiento al programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de los Hospitales de la Red Hospitalaria del Departamento 4. Realizar inspección, vigilancia y control, assite4ncia técnica, seguimiento financiero e intervención en el Programa de Reorganización y Modernización de Redes de servicios de salud en los municipios de la subregión asignada 5. Elaborar conforme al seguimiento encomendado el análisis situacional tanto administrativo como financiero de las ESE, pertenecientes a la red pública hospitalaria del Departamento del Magdalenas que le sea asignada. **VALOR:** Dieciocho Millones de Pesos M.L ($18.000.000.oo). **PLAZO:** Hasta el 31 de diciembre de 2016.

FECHA DE INICIO: 11 de abril de 201

FECHA DE FINALZIACIÓN: 31 de diciembre de 2016

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada a los Veintinueve (29) días del mes de septiembre de Dos Mil Veinte (2020).

Atentamente;

JENNY CAMACHO NEUTO
Jefe Oficina de Contratación

Proyectó; S. Mariano

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN

HACE CONSTAR:

Que, revisada la Base De Datos de la Oficina de Contratación, se encontró que el Departamento del Magdalena celebró con la señora **LILIA IBAÑEZ BARRAZA,** identificada con cedula de ciudadanía Nº 55.308.720 expedida en Barranquilla, contratos de prestación de servicios según el siguiente detalle:

Contrato Nº **1405** del 22 de junio de 2015. **OBJETO:** Prestación de servicios profesionales en la Secretaria Seccional de Salud del Departamento del Magdalena – Área Financiera, con el fin de hacer seguimiento financiero sobre los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para la Gestión en Salud Pública, Transferencias Nacionales, de los prestadores de servicios de salud y demás recursos de la salud con destinación específica, así mismo brindar asesoría, planificación y consolidación de información contable concerniente a los centros de costos. **OBLIGACIONES: 1.** Hacer seguimiento financiero sobre los recursos del Sistema General de participaciones (SGP) para la Gestión en Salud Pública. Transferencias Nacionales de los prestadores de servicios de salud y demás recursos de la salud con destinación especifica 2. Validar, analizar y evaluar la información financiera de la Red Hospitalaria concentrada en la plataforma SIHO según Decreto 2193 del 2004 3. Seguimiento al programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de los Hospitales de la Red Hospitalaria del Departamento en la parte de los costos y gastos 4. Revisión de la información para organismos del Estado 5. Disponibilidad cuando se programen comisión por parte del Departamento para auditorías a los Hospitales y revisar su información financiera 6. Revisar continuamente que los Hospitales cumplan con todos los reportes que deben enviar a los Entes territoriales 7. Elaborar conforme al seguimiento encomendado el análisis situacional tanto administrativo como financiero de las ESE, pertenecientes a la Red Publica Hospitalaria del Departamento del Magdalena que le sea asignada 8. Manejar y cumplir los lineamientos de la Red Centro de Costos 9. Realizar seguimiento a los centros de costos de la Secretaria Seccional de salud del Departamento del Magdalena. **VALOR:** Doce Millones de Pesos M.L ($12.000.000.oo). **PLAZO:** Hasta el 31 de diciembre de 2015.

FECHA DE INICIO: 23 de junio de 2015

FECHA DE FINALZIACIÓN: 31 de diciembre de 2015

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada a los Veintinueve (29) días del mes de septiembre de Dos Mil Veinte (2020).

Atentamente;

JENNY CAMACHO NEUTO
Jefe Oficina de Contratación

Proyectó; S. Mariano

A QUIEN INTERESE

CERTIFICA QUE:

La señora **LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA**, identificada con CC **55.308.720** expedida en la ciudad de Barranquilla, laboró con nosotros desde el 15 de Julio de 2013 hasta el 15 de Agosto de 2014, desempeñando el cargo como Asistente Administrativo.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Barranquilla a los cuatro (4) días del mes de Septiembre de 2014.

Atentamente,

ANIBAL CASTRO BARRAZA
Gerente
Cel: 3225513521

PRÓRROGA Y ADICIÓN No. 01 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 534 DE 2022 SUSCRITO CON LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA

SANDRA PATRICIA BOHÓRQUEZ GONZÁLEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.809.780, en su calidad de Gerente Administrativa y Financiera, nombrada por Resolución Ordinaria 00246 de 29 de enero de 2019 y acta de posesión de 30 de enero de 2019, obrando de acuerdo con las facultades dadas mediante la Ley 1955 de 2019 y la Resolución Organizacional 191 del 11 de febrero 2015, quien se ha denominado **LA CONTRALORIA,** por una parte y **LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA,** identificada con cédula de ciudadanía No. 55.308.720; y quien en adelante se denominará **LA CONTRATISTA,** y quien manifiesta que no se encuentra incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, por la Ley 1474 de 2011 y demás normas Constitucionales y legales vigentes, hemos acordado celebrar la siguiente prórroga y adición al contrato, previo las siguientes consideraciones:

1. Que, **LA CONTRALORIA** y **LA CONTRATISTA** suscribieron el contrato No. 534 de 2022, cuyo objeto consiste en la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA FUNCIÓN DE VIGILANCIA DE LA GESTIÓN FISCAL A CARGO DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, PARA EL SEGUIMIENTO DE RECURSOS PÚBLICOS DE REACTIVACIÓN ECONÓMICA" y por valor hasta de TREINTA MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($30.800.000,00).

2. Que el plazo de ejecución del contrato se pactó hasta el 30 de junio de 2022, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. El presente contrato inició, de acuerdo con el radicado 2022IE0007753, el día 27 de enero de 2022.

3. Que mediante oficio 2022IE0058031 de 22 de junio de 2022, mediante el cual se da alcance al radicado No. 2022IE0057446 de fecha 20 de junio de 2022, dirigido a la Gerente Administrativa y Financiera, el Coordinador General de Regalías de la Entidad, remite la solicitud de prórroga y adición en su calidad de supervisor del contrato, con el fin de que se adelante el trámite correspondiente, de conformidad con la justificación allí descrita, la cual forma parte integral del presente documento.

4. Que el valor de la presente adición, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 40 de la Ley 80 de 1993, no supera el cincuenta por ciento (50%), del valor inicial del contrato expresado en salarios mínimos legales mensuales.

5. Que toda vez que el contrato en mención está vigente y la necesidad de contratación se mantiene, para el cumplimiento de los fines de la contratación de acuerdo con la solicitud presentada y los argumentos expuestos por el supervisor del contrato, los cuales hacen parte integral del presente documento, se acuerda:

PRIMERO: Prorrogar el término de ejecución del contrato No. 534 de 2022, hasta el 31 de agosto de 2022.

SEGUNDO: Adicionar el valor del contrato en la suma de **DOCE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($12.200.000,00),** para un valor total del contrato hasta de **CUARENTA Y TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($43.000.000,00).**

TERCERO: CARGO PRESUPUESTAL: El valor de la presente adición se cubrirá con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 18522 del 04 de enero de 2022, expedido por el Director Financiero de la Entidad con recursos por comprometer.

CUARTO: GARANTÍA: LA CONTRATISTA deberá ajustar de conformidad con la presente **PRÓRROGA Y ADICIÓN,** la Garantía de que trata el Numeral decimo del anexo del Contrato. La modificación de la garantía se deberá subir a la plataforma del SECOP II a más tardar dentro del día hábil siguiente de la aprobación del presente documento.

QUINTO: AFILIACIÓN ARL: En el evento que **LA CONTRATISTA** se encuentre afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales **COLMENA**, **LA CONTRALORIA** reportará la presente prórroga y adición, a fin de continuar con la cobertura**.**

PARÁGRAFO: En el caso en el que **LA CONTRATISTA** se encuentre afiliado a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL), diferente a la enunciada en el párrafo anterior, dicho trámite correrá por su cuenta de forma directa. Para el efecto, aportará el documento o constancia que expida la ARL respectiva, que dé cuenta de la cobertura la cual deberá a llegar a la Dirección de Contratación dentro de los tres días hábiles siguientes de realizado el trámite. En todo caso, el reporte de la presente prórroga y adición a la ARL deberá ser surtido antes de la terminación del plazo inicial del contrato.

SEXTO: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES: Las cláusulas del contrato inicial quedan vigentes en todo lo demás y en cuanto no se opongan a la presente **PRÓRROGA Y ADICIÓN.**

SÉPTIMO: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente documento se perfecciona con la firma de las partes. Para su ejecución se requiere la expedición del respectivo registro presupuestal.

OCTAVO: FIRMA ELECTRÓNICA: LA CONTRATISTA acepta de manera inequívoca el contenido del presente documento y la publicación de los documentos, con la aceptación de este a través de la plataforma SECOP II.

Proyectó: Juan Pablo Rodriguez Gallo – Abogado contratista
Aprobó: Mario Hernán Ceballos Mejía – Director Dirección de Contratación

EPS sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **55308720** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 55308720
NOMBRES Y APELLIDOS	LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA
TIPO DE AFILIADO	BENEFICIARIO
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/03/2010
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	634
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **30/10/2022**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **55.308.720**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14807985539

(415)7707212489984(8020) 000001480798553 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
55308720	9	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	55308720	2003/12/15

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Atlántico 08	Barranquilla 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
IBAÑEZ	BARRAZA	LILIA	CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Atlántico 08	Barranquilla 001

41. Dirección principal: TV 44 102 80 TO 6 AP 219

42. Correo electrónico: lilia953@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3017881527 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	2011/01/11	7010	2008/12/01				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

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 | 61. Fecha: 2022 - 01 - 25 / 22 : 45: 10

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

864. Nombre: IBAÑEZ BARRAZA LILIA CRISTINA
865. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 30-10-2022 09:42:04PM

Certificación Bancaria

Bancolombia

Lunes, 31 de octubre de 2022

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA** identificado(a) con cc. **55308720** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	487-449092-55	2015/07/09	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 996 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

Falab MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB	MEDICINA DEL TRABAJO FORMATO DE AUDIOGRAMA OCUPACIONAL	Proceso: Medicina del Trabajo Código: FOR-CMT-078 Versión: 0 Página: 1 de 1

NOMBRE: LILIA IBAÑEZ BARRAZA FECHA: 27-12-2021

SEXO: M | F EDAD: 36 C.C. 55'808720 CIUDAD: Baquilla

OCUPACIÓN: ANTIGÜEDAD:

EMPRESA: CONTRALORIA REPOSO : HORAS

OTOSCOPIA: O.D. N O.I. N

ANTECEDENTES

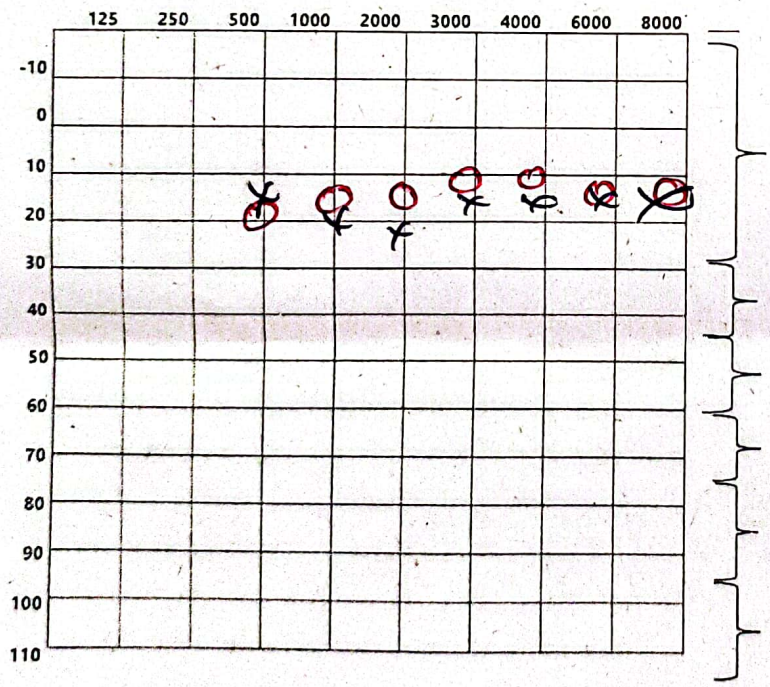
	SI	NO
OTITIS		X
OTORREA		X
ACUFENOS		X
MENINGITIS		X
TRAUMA		X
CIRUGIA		X
RUIDO		X
CONDUCE MOTO		X

	SI	NO
OTALGIA		X
TRANSTORNO DEL EQUILIBRIO		X
HTA		X
ERUPTIVAS		X
USO DE EPP		X
DIABETES		X
TCE		X
AÑOS DE EXPOSICIÓN AL RUIDO		X

FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA:

EQUIPO CALIBRACIÓN

PTA		
	O.D	15
	O.I	7 8 / 7



<25 dB AUDICIÓN NORMAL

26 - 40 dB HIPOACUSIA LEVE

41 - 55 dB HIPOACUSIA MODERADA

56 - 70 dB HIPOACUSIA MOD. A SEVERA

71 - 90 dB HIPOACUSIA SEVERA

>90 dB HIPOACUSIA PROFUNDA

OBSERVACIONES: AUDICION NORMAL BILATERAL

DIAGNÓSTICO:

RECOMENDACIONES:

REALIZAR LIMPIEZA AUDITIVA: OD:	OI:	REALIZAR AUDIOMETRIA CLINICA:	REALIZAR AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA:
VALORACIÓN POR OTORRINO:	INGRESAR AL SVE:	USO DE EPP:	CONTROL AUDITIVO: Anual

REALIZADO POR:

CARGO:

Jeyson T. Asmar FONOAUDIOLOGO U.N No 10-01676

Lilia Ibañez B.

FIRMA DEL PACIENTE

Escaneado con CamScanner

Falab
MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

FR-SOC-002-05 V:01 OPTOMETRIA OCUPACIONAL

Empresa: Portuaria **Ciudad:** BQ

Nombre Completo: Silla Ibañez Barrera **Fecha:** 27-12-23

Número Cédula: 45308320 **Dirección:** Dom. Urb. Los Olivos

Teléfono: 3017881527 **Ocupación:** Administrativo

Edad: 36 **EPS:** Sura **ARL:** Colpatria

Motivo de Consulta: Control Visual

Antecedentes Personales: Ninguno

Agudeza Visual:

AV VL SC	OD:	20/20	**AV VP SC**	OD:	20/20
	OI:	20/20		OI:	20/20
	AO:	20/20		AO:	20/20

Distancia Pupilar: VL:_____mm VP:_____mm

Lensometria: OD:_____ AV: _____
OI:_____ AV: _____

Refracción: OD: No AV: 20/20 **Subjetivo:** OD: No AV: 20/20
OI: No AV: 20/20 OI: No AV: 20/20
ADD:_____

Exámen Ext: **OD:** Normal
OI: Normal

Fondo de Ojo: **OD:** Pdp
OI: Pdp

Visión de Colores:
OD: Normal
OI: Normal

Estereopsis:
OD: Normal
OI: Normal

Diagnóstico: Pdp Emetropia

Prescripción Optica:

	ESF	CYL	EJE	ADD	DP
OD:					
OI:					

Tipo de Lente: _____ **Filtro:** _____

Prescripción Farmacológica:

Conducta: No Rx optica

Yenny E. Arca B
Firma del Profesional

Silla Ibañez
Firma del Paciente

Pagina 2

Escaneado con CamScanner

Falab
GRUPO HOSPITALARIO DE SALUD

DR. SAPS - Software para Administración de IPS1.5.0.160

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

BAQ-611351

N° de historia 55308720 **Motivo de consulta** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL **Fecha registro** 27/12/2021

Tipo examen INGRESO

Ficha de identificación



LILIA CRISTINA IBAÑEZ BARRAZA

Tipo Doc. CC **Nro. Documento** 55308720 **Fec. Nac.** 4/09/1985 **Edad** 36

Telefono 1 3017881527 **Telefono 2** 3017881527 **Depto.** Atlantico **Ciudad** Barranquilla

Correo electronico lilia953@hotmail.com

Dirección Casa TRV 44 N 102-80

Estado civil Casado(a) **Escolaridad** Profesional **Estrato** Estrato 1 - Bajo bajo

Género F **Descripción de escolaridad**

Hijos 2 **Profesión**

Contrato PARTICULARES

Empresa PARTICULAR

Cargo ADMINISTRATIVO

AFP PORVENIR S.A. **EPS** SURA **ARL** COLPATRIA

Estudios realizados

Estudio	Fecha evento	N	A	NE
EXAMEN MEDICO OSTEMUSCULAR	27/12/2021	☑	☐	☐
AUDIOMETRIA	27/12/2021	☑	☐	☐
OPTOMETRIA	27/12/2021	☑	☐	☐

Concepto médico

Procedimiento	Concepto
Ingresos	Sin restricciones para la labor

Observación

Recomendaciones

Tipo de recomendación	Recomendación
Habitos y estilos de vida	Fomento del Autocuidado Estilos de vida Saludable Ejercicio Fisico Moderado
Ocupacionales	Higiene Postural Posiciones Ergonomicas Pausas Activas Uso de EPP de acuerdo al cargo

Recomendaciones especificas

PROMOCION Y PREVENCION POR SU EPS ACTUAL
PACIENTE SIN SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA AL MOMENTO DEL EXAMEN - NO EVIDENCIA CRITERIOS DE VULNERABILIDAD - ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACION PARA COVID 19.
SE RECOMIENDA SEGUIR TENIENDO EN CUENTA TODAS LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PERTINENTES INTRA Y EXTRALABORALES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará el Laboratorio Clínico Falab S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y verídicas. Autorizo a Laboratorio Clínico Falab S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registradas en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que de todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Lilia Ibañez B.

Dr(a). MONICA LUCIA HERRERA ZABALA
R.M. Nro. 02917
Licencia ESO 2974
M.D. MEDICO SALUD OCUPACIONAL

Paciente LILIA IBAÑEZ BARRAZA
Identificación: 55308720

Impreso: 27/12/2021 9:44:48 a. m.
Pagina: 1

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
IBAÑEZ	BARRAZA	LILIA CRISTINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 55308720 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 04 MES 09 AÑO 1985

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Transversal 44 N°102-80 Torre 6 apto 219 Miramar

PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO BARRANQUILLA

TELÉFONO 3350244 EMAIL lilia953@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	12	AÑO	2001

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN PEDAGOGIA Y DOCENCIA	12	2016	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	12	2014	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	11	2001	106373

ESPECÍFIQUE 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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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 CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLANTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CALLE 70 - 52 29						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CODETEC			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLANTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3017544194	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 44 N ° 79 - 227						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4381144	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	05	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 1 C 16 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	09	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 23 A 02						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2018	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA Y ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 23 23 A 02						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 23 23 A 02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4319339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	06	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 23 N °13 A 02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4319339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	06	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 C 16 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4319339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 23 N ° 13 A -02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4319339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 23 23 A 02					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4319542	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 C 16 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALTA GAMA CLUB			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLANTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3225513521	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año*	2013	*Día*	15	*Mes*	08	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA- COMERCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 29 79 A 26					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CODETEC			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLANTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 3017544194	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	06	*Año:*	2021	*Día:*	30	*Mes:*	11	*Año:*	2021
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO						*DIRECCIÓN* CARRERA 44 - 79 227					

5 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	2	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	8

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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.

Bogotá, NOV-09/2022

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS