
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 57.412.538
PEREZ
APELLIDOS
LUZ MARINA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1966
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
B-
G.S. RH
F
SEXO
03-DIC-1985 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-2101600-00065943-F-0057412538-20080905
0003032314A 2
4710004762

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **PEREZ LUZ MARINA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **57412538** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**15/01/2016**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 05 de diciembre del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

• NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
• No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
• Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
• Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

Certificado Bancario

Jueves, 24 de agosto de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUZ MARINA PEREZ identificado(a) con CC 57412538, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	48286638280	2012/08/10	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

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	INGRESO	Fecha de publicación	2023-07-06 16:39

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUZ	MARINA	PEREZ	

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	57412538

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	CIÉNAGA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	CIÉNAGA

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	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

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 [ ] No [X]

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 [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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:

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 876464

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACION [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 28/06/2023	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES SO		
NOMBRE: LUZ MARINA PEREZ		DOC. IDENTIDAD: CC 57412538	
CARGO: TECNICO		EDAD: 57 AÑOS	
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 1966-06-25	EPS: MUTUAL SER	
DIRECCION:		TELEFONO: 3044620989	
PESO: 63 Kg	TALLA: 168 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 22.86



1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

EXAMEN DE PREINGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[ ]	[X]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [ ]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [ ]	7. OTROS [ ]

EMISIONES SI [ ] NO [X]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [ ] NO [X]

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE.

DIETA SANA , ACTIVIDAD FISICA REGULAR COMO EJERCICIOS O ACTIVIDADES FISICAS AEROBICAS DE FORMA REGULAR ENTRE 150 A 300 MINUTOS POR SEMANA (DIRE), PARA INCREMENTAR LA HABILIDAD DE UTILIZAR

XIGENO PARA EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO Y PARA MANTENER UN PESO ADECUADO A SU TALLA (IMC)

IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ERGONOMICAS PARA PREVENSION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS

HIGIENE POSTURAL.

CAPACITACION EN TECNICAS DE MANIPULACION DE CARGAS. (PARA TRABAJADORES EXPUESTOS)

CARDIOVASCULAR.- NORMAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDES CON LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL.

LINEAMIENTOS NACIONALES PARA PREVENCION DE CONTAGIO Y PROPAGACION DE COVID-19, COMO LAVADO DE MANOS FRECUENTES, USO DE MASCARILLAS NASOBUCALES, DISTANCIAMIENTO MINIMO ENTRE PERSONAS

2 METROS

SEGUN CIRCULAR EXTERNA 30 DE 2020 NO PRESENTA PREEXISTENCIAS DIAGNOSTICADA SUCEPTIBLES DE AGRAVAR POR COVID-19

IMPLEMENTAR POLITICA DE AUTOREPORTE

SIN ALTERACION DE LA CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO

OSTEOMUSCULAR.- NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

[illegible] MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPOSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASI COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCION Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA PERSONA AL VISUAL QUE SUS RESULTADOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO DE FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACION DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DEL RESULTADOS, FACULTO Y DELEGO AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, Y/O MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRA A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRAN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACION DE MI PARTE O CUANDO MEDIE MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015. TODA INFORMACION DEL SALUD DECLARO QUE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 1380 DE 1981, RESOLUCION 2400 DE 2009 Y LOS QUE LOS REMPLACE) Y SOLO SERA USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO, DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACION EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTE Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES FINALIDADES DE COMUNICACION EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLINICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGUN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, EXCLUYO QUE LA INFORMACION QUE SUMINISTRO ES VERIDICA Y NO OMITO NINGUN ANTECEDENTE DE ACUERDO A LO QUE ME OBLIGA EL ARTICULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994.

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 876464

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIODICO PROGRAMADA [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACION [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE				
FECHA: 28/06/2023	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES SO			
NOMBRE: LUZ MARINA PEREZ			DOC. IDENTIDAD: CC 57412538	
CARGO: TECNICO			EDAD: 57 AÑOS	
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 1966-06-25		EPS: MUTUAL SER	
DIRECCIÓN:			TELEFONO: 3044620989	
PESO: 63 Kg	TALLA: 166 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 22.86	

EDUARDO ANTONIO MARIÑO GARCIA
CC 7473338
MEDICO OCUPACIONAL
TP 1581
RS 2024

LUZ MARINA PEREZ
CC 57412538
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD


CAPTURA BIOMETRICA

KAREN JHOANA MERCADO BELEÑO

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS S.A.S	Formato Auto reporte de Condiciones Salud Orientación Covid	Versión 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DD MM AAA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDOS	PEREZ			NOMBRES	LUZ MARINA		
IDENTIFICACIÓN	57 412 538			Dirección	CRA 18-91	Correo	lmarinaperez0613@gmail.com
SEXO	F X / M	FECHA DE NACIMIENTO	25/06/1963	EDAD	57 (años)	EPS	Multivalser
Nacionalidad	COLOMBIA						
EMPRESA	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE			CEL	3044620989		

¿está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén? Si _____ No _____

Ha estado expuesto a:	viajes al exterior	SI		NO	X	Contacto con sospechoso de tener virus covid-19	SI		NO	X	Contacto con familiar enfermo	SI		NO X
	Fecha :					Fecha :					Fecha :			
	Le han realizado pruebas para COVID 19?	SI		NO	X	Si le han tomado Muestras para Covid cual fue el resultado:	POS		NEG	X	Le han ordenado o ha requerido aislamiento por	SI		NO X
	Fecha Toma :					Fecha Entrega de resultado:					Fecha Inicio del aislamiento:			

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

¿Presenta Actualmente o ha presentado alguno de estos síntomas en los últimos 14 días? Indique Si o No

Fiebre cuantificada	SI		NO		Escalofríos	SI		NO		Dolor abdominal	SI		NO	
Tos	SI		NO		Dolor torácico	SI		NO		Vomito	SI		NO	
Dificultad respiratoria	SI		NO		Mialgia	SI		NO		Nauseas	SI		NO	
Taquipnea	SI		NO		Dolor de cabeza	SI		NO		Diarrea	SI		NO	
Dolor de garganta	SI		NO		Malestar general	SI		NO		Otro:	SI		NO	

Describa:

Padece o ha padecido alguna de estas enfermedades? Indique Si o No

Asma	SI		NO		Alcoholismo	SI		NO		Trastorno neurológico crónico	SI		NO	
Diabetes	SI		NO		Inmunosupresión	SI		NO		Enfermedad renal crónica	SI		NO	
Hipertensión	SI		NO		Enfermedad hepática crónica	SI		NO		Accidente cerebrovascular	SI		NO	
Obesidad	SI		NO		Embarazo, Semanas de gestación	SI		NO		Enfermedad pulmonar crónica	SI		NO	
Cáncer	SI		NO		VIH	SI		NO		Enfermedad hematológica crónica	SI		NO	
Tabaquismo	SI		NO		Trastorno reumatológico	SI		NO		Otro	SI		NO	

cual:

Otros Comentarios: Se dan recomendaciones de autocuidado, uso de tapabocas, lavado de manos, se dan signos de alarmas. Manifiesta entender y aceptar la información suministrada. Se solicita prueba para covid.

Firma y Numero de Documento Paciente X

Para Uso Exclusivo del personal Medico

Temperatura:		°C	Se considera paciente sospechoso para COVID 19				SI		NO	X		
Se considera paciente Vulnerable / Suceptible para COVID 19	SI		NO	X	Grupo de riesgo:	1		2		3		4

Observaciones:

Firma Del Medico

TALENTO HUMANO

ALCALDIA MUNICIPAL DE CIENAGA MAGDALENA
GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE TALENTO HUMANO
NIT: 891780043 – 5 Telefono: 4209654 – Ext: 1010 - 1011
Email: recursoshumanos@cienaga-magdalena.gov.co

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL GRUPO INTERNO DE TRABAJO GIT TALENTO HUMANO DE LA ALCALDIA MUNICIPAL

CERTIFICA:

Revisados los archivos que reposan en esta dependencia se constató que la señora **LUZ MARINA PEREZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. 57.412.538, laboró en la Administración Municipal.

Cargo: Inspector Permanente de Policía

Decreto de Nombramiento No: 370 Agosto 15 de 1997

Fecha de Ingreso: Agosto 17 de 1997

Fecha de Retiro: Agosto 30 de 2000

Nota: para la época no existía manual de funciones

La presente se firma en Ciénaga Magdalena a los Nueve (9) días del mes de Octubre de 2018

WENDY FERNANDEZ BRAVO
Prof. Univ. GIT Talento Humano

Elaboró: Elsa F/dez C.
Revisó: Wendy F/dez B.

HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA

Ministerio de Educación Nacional

Instituto "Sagrado Corazón de Jesús"

Educación Pre-Escolar, Básica Primaria y Secundaria
Aprobado por Resolución No. SEM 220 del 04 de Oct. de 2011
Emanada de la Secretaría de Educación de Ciénaga
¡Formación, Cultura y Progreso!
Nit: 89002365-3 DANE: 347189004168

El Suscrito Director y Secretaria General del Instituto Sagrado Corazón de Jesús de Ciénaga – Magdalena

HACE CONSTAR

Que **LUZ MARINA PEREZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 57.412.538 de Ciénaga-Magdalena, de profesión Normalista Superior, prestó sus servicios en esta entidad bajo el cargo de Docente del Grado 4° y 5° de Educación Básica Primaria desde el 07 de Febrero de 2007 hasta la el 30 de Noviembre de 2007, cumpliendo sus funciones con responsabilidad y puntualidad.

La presente certificación se expide a solicitud de la parte interesada, dada en Ciénaga-Magdalena a los Veinticuatro (24) días del mes de Agosto de 2.012

OMAR GASTELBONDO F.
C.C. No. 19.460.572 de Bogotá
Director

JOSEFA BOLAÑO VIZCAÍNO
C.C. No. 39.028.333 de Ciénaga
Secretaría General

HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA

Fundación Club Juvenil Del Sur
NIT: 819.003.187-3

LA FUNDACION CLUB JUVENIL DEL SUR, entidad sin ánimo de lucro, regida por el derecho privado, con domicilio principal en la ciudad de Santa Marta, identificada con el NIT. No. 819.003.187-3, registrada en la Cámara de Comercio de Santa Marta, bajo el No. 1269 del 19 de junio de 1999, a través de su Representante Legal **ALCIDES GONZALEZ BUELVAS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.620.946 de Ciénaga, en uso de sus facultades legales y estatutarias, se permite,

CERTIFICAR

Que la señora LUZ MARINA PEREZ identificada con la cédula de ciudadanía No. 57412538 de CIENAGA, estuvo vinculada a ésta Entidad Prestadora de Servicios Educativos, en virtud del Contrato de Prestación de Servicios (regido por el derecho civil) como Docente, dentro de la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios Educativos No. 544 de 2013, celebrado por ésta ONG con el Departamento del Magdalena.

La educadora LUZ MARINA PEREZ realizó el servicio contratado en el Establecimiento Educativo FE Y ALEGRIA en el Corregimiento de ORIHUECA Municipio ZONA BANANERA, atendiendo el Grado .

Su contrato estuvo vigente entre el día 08 de JULIO de 2013 y el 13 de Diciembre de 2013, la causal de terminación de éste, fue el agotamiento del objeto contractual.

Al momento de calificación del servicio prestado, obtuvo un resultado satisfactorio por su ejecución.

Dado en Santa Marta D. T. C. H. a los 13 días del mes de Enero de 2014, a solicitud del Contratista.

ALCIDES FRANCISCO GONZÁLEZ BUELVAS
C. C. No. 12'620.946 de Ciénaga
Representante Legal
FUNDACIÓN CLUB JUVENIL DEL SUR
Nit. No. 819003187-3

HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
santa marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: KUZ MARINA PEREZ															Sexo			
															M		F	x

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP		57412538	cienaga.magdalena	3/12/1985

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
			x				x		2			x		x

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
25	6	1966	cienaga	carrera 19 # 18-91	cienaga	magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Lmarinaperez0613@gmail.com	3044620989	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado						

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
8513- 7490	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	apoyo a oficina de archivo

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
carrera 14 #23-42	santa marta	comuna 4	

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	x

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales:	1800000	Total Egresos mensules	1100000
Otros Ingresos Mensules	0	Otros Egresos Mensuales	400000
Total Activos	1800000	Total Pasivos	1500000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes :09	Año:2023	Es declarante?	SI		NO	x

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____como contratista brindo apoyo a la oficina de archivo en la ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

El (la) suscrito(a) **LUZ MARINA PEREZ** identificado con C.C. No 57 412 538 expedida en CIENAGA -MAGDALENA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 5 del mes de DICIEMBRE de 2023.

Firma 

Nombre LUZ MARINA PEREZ

Cédula 57 412 538

COPIA CONTROLADA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Perez		Luz Marina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57412538	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 25 MES 06 AÑO 1966	CARRERA 19 - 18 91 CIUDAD BOLIVAR			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	CIÉNAGA		
MUNICIPIO	CIÉNAGA	TELÉFONO	3044620989	EMAIL	lmarinaperez0613@gmail.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		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1985
										X				

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	
PREGRADO	10		X	DERECHO	03	1999	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA DE CIENAGA MAGDALENA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	CIÉNAGA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4209654	*Día*	17	*Mes*	08	*Año*	1997	*Día*	20	*Mes*	08	*Año*	2000

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INSPECTOR DE POLICIA URBANO CATEGORIA	ALCALDIA SECRETARIA DE GOBIERNO	CARRERA 11A - 23 8

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLUB JUVENIL DEL SUR		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO*
MAGDALENA	ZONA BANANERA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	08	*Mes:*	07	*Año:*	2013	*Día:*	13	*Mes:*	12	*Año:*	2013

AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*	*DIRECCIÓN*
CIENCIAS DE LA EDUCACION	BASICA PRIMARIA	AVENIDA 2 - 45

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INSTITUTO SAGRADO CORAZON DE JESUS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO*
MAGDALENA	CIÉNAGA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	07	*Mes:*	02	*Año:*	2007	*Día:*	30	*Mes:*	11	*Año:*	2007

AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*	*DIRECCIÓN*
CIENCIAS DE LA EDUCACION	BASICA PRIMARIA	CALLE 26 - 11

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	3	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	3

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.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	luz marina perez
Nombre abreviado	luz marina perez
Fecha de creación	21/10/2020 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	57412538
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	carrera19 #18-91
País	COLOMBIA
Ciudad	Magdalena
Municipio	Ciénaga
Código postal	
Teléfono de oficina	3044620989
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	lmarinaperez0613@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	lmarinaperez0613@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	LUZ MARINA PEREZ
Cargo	

Teléfono	
Móvil	3044620989
Fax	
Correo electrónico	lmarinaperez0613@gmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUZ MARINA PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.412.538**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Santa Marta D.T.C.H 5 de Diciembre 2023

Señor.

GERMAN VARGAS MOSQUERA

GERENTE

Asunto: **PROPUESTA DE TRABAJO AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

Yo, **LUZ MARINA PEREZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **57.412.538** de Cienaga , mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prear mis servicios de **AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO APOYO A LA GESTION EN EL AREA DE ARCHIVO DE CONTRATACION DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BERRENECHE**. Con alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmando las metas y objetivos encomendados por la E.S.E **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BERRENECHE,** eso se traducirá en el cumplimiento de las áreas diarias**.**

Agradeciendo su amable colaboración

Atentamente,

LUZ MARINA PEREZ

C:C 57.412.538 Cienaga Magdalena

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 57412538 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 05/12/2023 02:51 PM

Código Verificación: **JZ1G5C4Y2D**

Válida hasta: **04/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14917341413

(415)7707212489984(8020) 000001491734141 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 1 2 5 3 8	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

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 1 3	5 7 4 1 2 5 3 8	1 9 8 5 1 2 0 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	LUZ	MARINA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

41. Dirección principal
CR 19 18 91 BRR CIUDAD BOLIVAR

42. Correo electrónico lmarinaperez0613@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 4 6 2 0 9 8 9	4 2 4 1 9 8 4

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
8 5 1 3	2 0 1 3 1 0 0 2	7 4 9 0	2 0 1 3 1 0 0 2				2 3 1 3	

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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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 2023 - 05 - 30 / 14 : 37: 04

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 PEREZ LUZ MARINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Universidad del Atlántico
Facultad de Ciencias Jurídicas

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL ¡Es posible!

CE-606-18

EL DEPARTAMENTO DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADEMICO

CERTIFICA:

Que, **LUZ MARINA PEREZ,** identificada con cédula de ciudadanía No.**57.412.538,** expedida en Barranquilla (Atlántico), cursó y aprobó en esta Unidad Académica el pensum correspondiente a la Carrera de Derecho durante los años académicos de **1987 a 1999** fecha en la cual presentó su último examen, adquiriendo su calidad de egresado **25 de Marzo de 1999,** de conformidad con el Plan de Estudios vigentes y las disposiciones académico-administrativas señaladas por el I.C.F.E.S.

Para optar al título de Abogada, la egresada debe cumplir con los demás requisitos de grado exigidos por la Universidad.

Se expide la presente certificación, en Barranquilla, a los 24 días del mes de Agosto de 2018, a solicitud de parte interesada.

ÁLVARO GONZÁLEZ AGUILAR
Jefe de Departamento

Vo.Bo.
LENA RODERO ACOSTA
Decana (E)
Facultad Ciencias Jurídicas

Nota: El presente documento carece de validez si su original no está firmado en tinta verde y sellado por el Departamento de Admisiones, Registro y Control Académico. De igual forma, este documento quedará anulado si presenta cualquier enmendadura y/o borrón.

Elaborada por: Rosalinda De Castro R.- Secretaria

HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA

HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA



Escuela Normal Superior

LACIDES IRIARTE

Sahagún - Córdoba

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, mediante
Resolución de calidad y desarrollo No. 3152 de diciembre 10 de 2003

Confiere a:

LUZ MARINA PEREZ

C. C. No. 57.412.538 de Ciénaga (Magdalena)

EL TÍTULO DE

NORMALISTA SUPERIOR

Con énfasis en lengua Castellana Inglesa

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL CICLO COMPLEMENTARIO DE FORMACIÓN DOCENTE, SEGÚN DECRETO 0642 DE ABRIL 16 DE 2001 DEL MEN. EN CONVENIO CON LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE "CECAR"

FAEL MADRID VEGA
Rector

ZOE OTERO OYOLA
Secretaria

Dado en Sahagún a los 07 días del mes de Diciembre del año 2006

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
NORMAL SUPERIOR LACIDES IRIARTE
Acreditación de Calidad y Desarrollo- Resolución No. 3152 de Diciembre 10 de 2003 de ME.N.
Telefax: 7778319 E. MAIL: norsuperli@.com. DANE No. 123660000059
SAHAGÚN – CORDOBA

ACTA DE GRADO No. 22 /2006

En Sahagún, departamento de Córdoba, a los 07 días del mes de Diciembre de 2006, se celebró el Acto de Graduación de

LUZ MARINA PEREZ

C.C No 57.412.538 de Ciénaga

A quien el Ministerio de Educación Nacional, según Decreto 0642 de Abril 16 de 2001 a través de la Escuela Normal Superior Lácides Iriarte de Sahagún Córdoba, en convenio con la facultad de educación de la Corporación Universitaria del Caribe **CECAR,** y en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le otorgó el titulo de:

NORMALISTA SUPERIOR
(Con énfasis en Lengua Castellana e Inglesa)

El acto fue presidido por el Rector del Colegio y demás delegados ante los cuales se hizo entrega del **DIPLOMA.**

Esta acta es fiel copia de su original No. 22 Consta de 146; alumnos; comienza con el nombre de **ACEVEDO BLANCO DIOCELINA** y finaliza con el nombre de **VERDESSA POLO SANDRY ANDRY.**

Sahagún, 07 de Diciembre de 2006

Esp. RAFAEL MADRID VEGA
C.C. No. 10.896.462 Valencia
Rector

ZOE OTERO OYOLA
C.C. No. 30.569.719 Sahagún
Secretaria

HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA

La República de Colombia

y en su nombre

El Instituto Técnico Nacional de Comercio
"Virginia Gómez"

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según resolución No. 2917 del 16 de Marzo de 19
para la Jornada de la Tarde

Confiere a:

Luz Marina Pérez

Identificada con C. C. No. 57.412.538 de Ciénaga (Magd.)

el Diploma de:

Bachiller Comercial

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaria

Ciénaga, 14 de ENERO de 19

Anotado al folio 380 del Libro de Registro No. 2
REG # 16075

HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57412538
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ MARINA PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CIENAGA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CARRERA 19 # 18-81 BR. CIUDAD BOLIVAR	TELÉFONO:	4620989
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7901665243**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	10				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/11/20			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	288596776

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 185.600	$ 1.900	$ 187.500
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 1.900**	**$ 187.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 145.000	$ 1.500	$ 0	$ 146.500
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 1.500**	**$ 0**	**$ 146.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 300	$ 0	$ 28.600
SUBTOTALES:									**$ 28.300**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 28.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																												PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 57412538	PEREZ LUZ MARINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	57412538	$ 28.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 362.600**