

COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.412.538**

PEREZ

APELLIDOS
LUZ MARINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1966**

CIENAGA
(MAGDALENA)

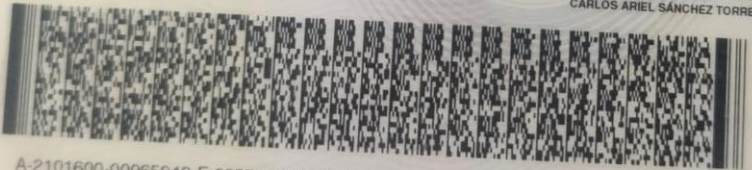
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66

ESTATURA **B-** G.S. RH **F** SEXO

03-DIC-1985 CIENAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2101600-00065943-F-0057412538-20080905 0003032314A 2 4710004762

El (la) suscrito(a) Luz Marina Pérez identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.412.538 expedida en Ciénaga, 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 1 del mes de Abril de 2024.

Firma
Nombre
Cédula

Luz Marina Pérez
Luz Marina Pérez
57.412.538

COPIA



[Aumentar el contraste](#) 

UTC -5 10:09:30
luz marina perez 

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

[Escritorio](#) → **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

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			

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14917341413			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 57412538				6. DV 6		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta	
						14. Buzón electrónico 19	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 57412538		27. Fecha expedición 19851203	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Magdalena		30. Ciudad/Municipio Ciénaga		189	
31. Primer apellido PEREZ		32. Segundo apellido LUZ		33. Primer nombre MARINA		34. Otros nombres	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Magdalena		40. Ciudad/Municipio Ciénaga		189	
41. Dirección principal CR 19 18 91 BRR CIUDAD BOLIVAR							
42. Correo electrónico lmarinaperez0613@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3044620989		45. Teléfono 2 4241984			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8513	47. Fecha inicio actividad 20131002	48. Código 7490	49. Fecha inicio actividad 20131002	50. Código 1	2	51. Código 2313	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre PEREZ LUZ MARINA			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

Santa Marta D.T.C.H ABRIL 2024

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 Ciénaga , 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

LUZ MARINA PEREZ

C:C 57.412.538 Ciénaga Magdalena



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Perez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES Luz Marina	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 57412538	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 25 MES 06 AÑO 1966 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO CIÉNAGA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 19 - 18 91 CIUDAD BOLIVAR PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA 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	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)	TL (TECNOLÓGICA)	TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)	UN (UNIVERSITARIA)				
ES (ESPECIALIZACIÓN)	MG (MAESTRÍA O MAGISTER)	DOC (DOCTORADO O PHD)					
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10		X	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 ALCALDIA DE CIENAGA MAGDALENA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO CIÉNAGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 4209654			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	17	Mes	08	Año	1997	Día	20	Mes	08	Año	2000			
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSPECTOR DE POLICIA URBANO CATEGORIA			DEPENDENCIA ALCALDIA SECRETARIA DE GOBIERNO					DIRECCIÓN CARRERA 11A - 23 8									

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE																	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CLUB JUVENIL DEL SUR				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO ZONA BANANERA					CORREO ELECTRÓNICO									
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día:	08	Mes:	07	Año:	2013	Día:	13	Mes:	12	Año:	2013			
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION			NIVEL EDUCATIVO BASICA PRIMARIA					DIRECCIÓN AVENIDA 2 - 45									
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE																	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO SAGRADO CORAZON DE JESUS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO CIÉNAGA					CORREO ELECTRÓNICO									
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día:	07	Mes:	02	Año:	2007	Día:	30	Mes:	11	Año:	2007			
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION			NIVEL EDUCATIVO BASICA PRIMARIA					DIRECCIÓN 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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. 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

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

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 título de:

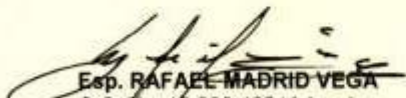
NORMALISTA SUPERIOR

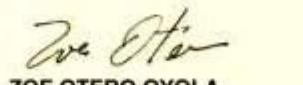
(Con énfasis en Lengua Castellana e Inglesa)

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

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 1961
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 1961

Anotado al folio 380 del Libro de Registro No. 2

REG # 16075



HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA HOJA DE VIDA

**EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO
DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
NIT. 891780185-2**

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **LUZ MARINA PEREZ**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **57.412.538** expedida en Ciénaga (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"**, los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **CD20233046** de fecha 25 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 26 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$4.250.000).
2. No. **CD20233469** de fecha 01 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS (\$5.700.000).
3. No. **CD20240022** de fecha 10 de enero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de enero al 31 de enero de 2024, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000).
4. No. **CD20241074** de fecha 01 de febrero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de febrero al 31 de marzo de 2024, por un valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$4.200.000).

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN EL ÁREA DE ARCHIVO DE CONTRATACIÓN DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los dieciocho (18) días del mes de marzo de 2024.

JARID YESID THOMAS PADILLA.

Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.


ELABORÓ: RONALD A. GÓMEZ CAMACHO.
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.



CIÉNAGA
TERRITORIO DE LO
POSIBLE
2010 - 2018



ALCALDIA MUNICIPAL DE CIÉNAGA MAGDALENA
GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE TALENTO HUMANO
NIT: 891780043 - 5 Teléfono: 4209654 - Ext: 1010 - 1011
Email: recursoshumanos@ciénaga-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 Fdez C.
Revisó: Wendy Fdez B.



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

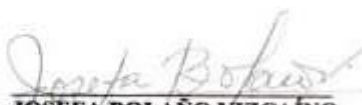
El Suscrito Director y Secretaria General del Instituto Sagrado Corazón
de Jesús de Ciénaga – Magdalena

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 4º y 5º 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



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

"Trabajamos Por La Atención Integral De Las Poblaciones Vulnerables Del Magdalena"

Calle 15 No. 2 - 60 Edificio Bolívar - Oficina 502
E-mail: fundaciónclubjuvenildelsur@hotmail.com - Cel: 3003651896

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. REUBICACIÓN []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 28/06/2023	EMPRESA EN MISIÓN: PARTICULARES SO			
NOMBRE: LUZ MARINA PEREZ		DOC. IDENTIDAD: CC 87412538		
CARGO: TECNICO		EDAD: 57 AÑOS		
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)		FECHA DE NACIMIENTO: 1965-05-25		
DIRECCIÓN:		EPS: MUTUAL SER		
PESO: 63 Kg	TALLA: 168 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	BMI: 22.85	

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

EXAMEN DE PREINGRESO

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

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA						
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.
META SANA, ACTIVIDAD FISICA REGULAR COMO EJERCICIOS O ACTIVIDADES FISICAS AEROBICAS DE FORMA REGULAR ENTRE 150 A 300 MINUTOS POR SEMANA (JOMB), PARA INCREMENTAR LA HABILIDAD DE UTILIZAR
EJERCICIO PARA EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO Y PARA MANTENER UN PESO ADECUADO A SU TALLA (BMI)
IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ERGONOMICAS PARA PREVENCION 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

OTRICO Y MANIFESTO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE LO CONSIGUIENTE AL PROPOSITO Y SIGNIFICADO DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, CONFIRMANDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR
CONDICIONES DE SALUD Y RESULTADOS DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL, ASÍ COMO LOS NIVELES Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EL CUIDADO Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA
RESA AL QUEAL, QUE SUS RESULTADOS, METODO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACION DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, PARA LA CLASIFICACION Y ENTREGA DEL
RESULTADO, FACILITO Y ENTREGO 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, QUEM TENDRA A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS, SEGUN EL
DISEÑABLE DE GARANTIZAR SU CONFIABILIDAD, PODRAN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL, FOLIOJERO, PRESUPUESTO DE MI PARTE O CUANDO MEDE MANEJO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN
CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2546 DE 2007 Y 1016 DE 2008 Y DECRETO 1072 DE 2015, TODA INFORMACION DE SALUD SEGUN LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 2580 DE 1995, RESOLUCION 2460 DE 2008 Y LYS QUE LON
QUEM Y SALD SERA USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO DE IGUAL MANERA, DON ME AUTORIZACION EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES
FINALIDADES DE COMUNICACION EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLINICOS Y OTROS QUE APLIQUEM SEGUN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ENTENDIENDO QUE LA INFORMACION QUE SUBMITO ES VERDADERA Y NO OMITIR NADA PARTICIPANTE, DE ACUERDO A
ME ENLIZA EL ARTICULO 22 DEL DECRETO 1086 DE 1996.

NIT: 800023723

CALLE 70 N 48 -56 3817880

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 876484

EMPRESA: CUENTE PARTICULAR

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

DATOS DEL PACIENTE	
FECHA: 28/06/2023	EMPRESA EN MISIÓN: 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
DIRECCIÓN:	EPS: MUTUAL SER
PESO: 63 Kg	TELÉFONO: 3044620889
TALLA: 166 Cm	P.ABDOMINAL: 8 Cm
	BMC: 22.86


Eduardo Antonio Marino 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 BIOMÉTRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA
CARRERA 5 N 208-22 3183117423

Fecha de impresión: 28/06/2023 16:11

KAREN JHOANA MERCADO BELAND

SOFTWARE: SWS SWS v 2.0 Tel: (2) 4852430

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDOS PEREZ NOMBRES LUZ MARINA
IDENTIFICACIÓN 57412538 Dirección CAMP 18-91 Correo LmarinaPerez2013@gmail.com
SEXO ☒ F ☐ M ☐ FECHA DE NACIMIENTO 25/06/2013 EDAD 57 (años) EPS Mutualiser Nacionalidad COLOMBIA
EMPRESA ES E JULIO MENEZ BARRENECHE CEL 3044620989

¿está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén? SI ☐ NO ☒

Ha estado expuesto a:	viajes al exterior	SI	NO	Contacto con sospechoso de tener virus covid-19	SI	NO	Contacto con familiar enfermo	SI	NO
	Fecha:				Fecha:				Fecha:
	Le han realizado pruebas para COVID 19?	SI	NO	Si le han tomado Muestras para Covid cual fue el resultado:	POS	NEG	Le han ordenado o ha requerido aislamiento por	SI	NO
	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 escarificada	SI	NO	Escalofríos	SI	NO	Dolor abdominal	SI	NO
Tos	SI	NO	Dolor torácico	SI	NO	Vómito	SI	NO
Dificultad respiratoria	SI	NO	Mialgia	SI	NO	Náuseas	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

Describe:

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	VIIH	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 ☐
Se considera paciente vulnerable / Susceptible para COVID 19 SI ☐ NO ☐ Grupo de riesgo: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Observaciones:

Firma Del Medico



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

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

57412538

Lugar de nacimiento

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

CIÉNAGA

Lugar de domicilio

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

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

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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

☒

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

☒

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

☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

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

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 27 de febrero del 2024. 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

**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 27 de Febrero del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



	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 CIU				
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado							
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIU							
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 Mensuales					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 políticamente 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														
<p>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 efectuar transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.</p> <p>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.</p> <p>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</p>														

<div>5. FIRMA Y HUELLA</div> <div><div></div><div></div></div>														
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):														
<div></div> <div></div> <div>Nombre y Firma Oficial de cumplimiento</div>														