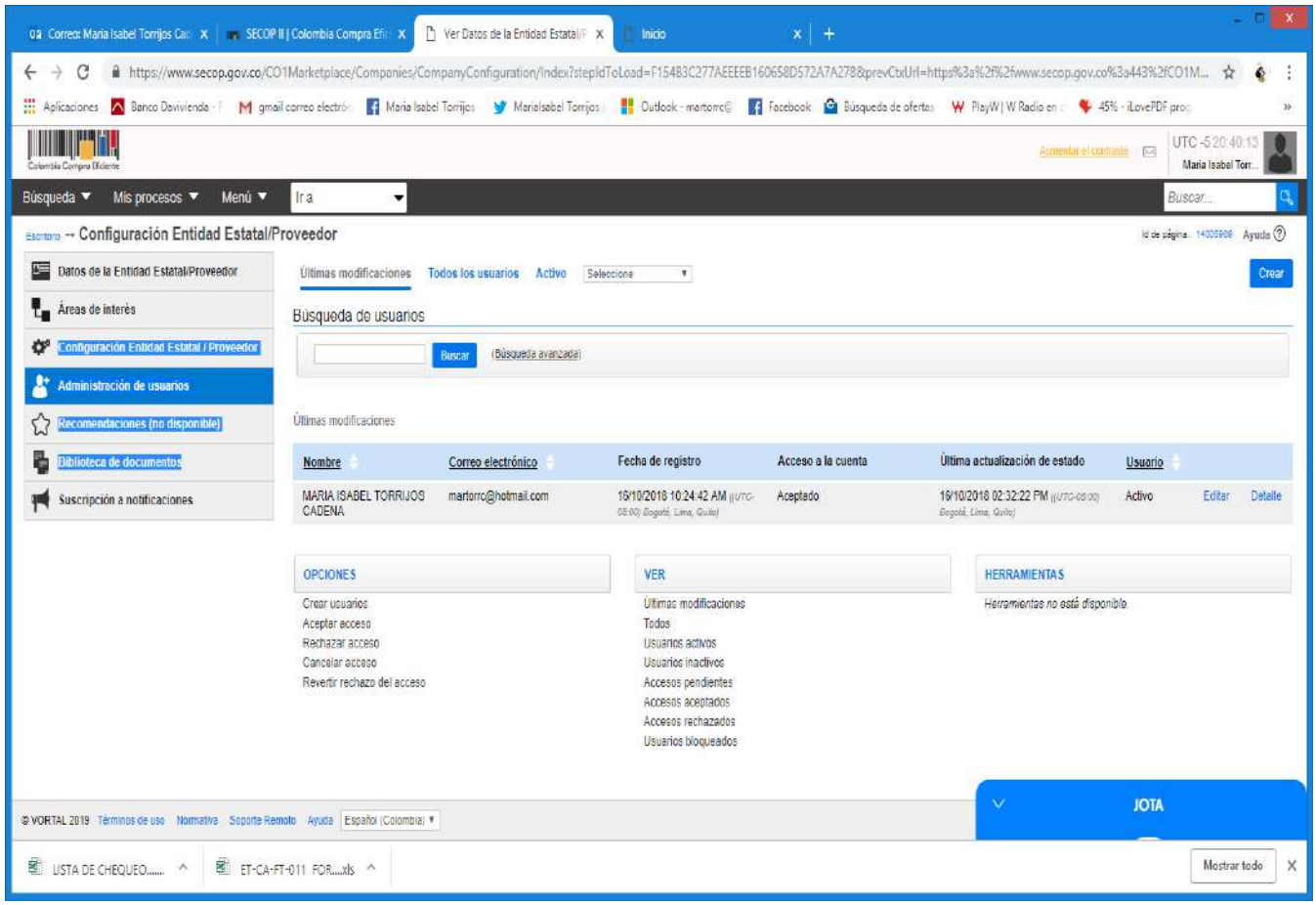

Correo: María Isabel Torrijos Car
SECOP II | Colombia Compra Efi
Ver Datos de la Entidad Estatal/P
Inicio
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?stepIdToLoad=F154B3C277AEEEEB160658D572A7A278&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1M...
Aplicaciones
Banco Davivienda - I
gmail correo electrón
María Isabel Torrijos
MariaIsabel Torrijos
Outlook - martorrc@
Facebook
Búsqueda de ofertas
PlayW | W Radio en
45% - iLovePDF prog
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 20:40:13
María Isabel Torr...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página: 14005808
Ayuda
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
Últimas modificaciones
Todos los usuarios
Activo
Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre
Correo electrónico
Fecha de registro
Acceso a la cuenta
Última actualización de estado
Usuario
MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA
martorrc@hotmail.com
16/10/2018 10:24:42 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
16/10/2018 02:32:22 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle
OPCIONES
Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso
VER
Ultimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados
HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
LISTA DE CHEQUEO.....
ET-CA-FT-011 FOR....xls
Mostrar todo

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
TORRIJOS	CADENA	MARIA ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51593817

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES DIC AÑO 1958

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 26 NRO 7-38

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3047461

EMAIL marlorrc@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADEMICA

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 BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMINO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1978
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRÍBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	2	X		ESPECIALISTA EN GERENCIA SOCIAL	12	2000	
UN	10	X		TRABAJADOR SOCIAL	12	1993	043655112-R

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED CENTRO ORIENTE DE SALUD	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 23 MES 10 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL	SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO	kR 13 26 A 34 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
IDIPRON - INSTITU DISTRITAL PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	formacionteonicaconvenios@idipron.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
0313410017	DIA 29 MES 1 AÑO 2018	DIA 28 MES 6 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Profesional Trabajo Social	Formación Técnica	calle 15 13 68

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CENTRO EDUCATIVO NACIONAL DE ASESORIAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3341338	DIA 1 MES 12 AÑO 2016	DIA 10 MES 4 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL	DIRECTOR	AV. CALLE 19 NRO 10-08

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 5 MES 9 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 4 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO	*DEPENDENCIA*: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 34 NRO 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS: 5966600	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 4 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 5 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: PROFESIONAL I Y II	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: CARRERA 12D 26a 62 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: UNIÓN TEMPORAL UNIDECENAL (UNIVERSIDADES NACIONAL DE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS: 578165000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 5 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 20 MES 11 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: PROFESIONAL DE LA CIENCIAS	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: CALLE 44 45 47 - BLOQUE B	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
VCO S.A. VALENCIA CONSULTORES Y OUTSOURCING		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2353271	DIA 17 MES 8 AÑO 2011	DIA 10 MES 2 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TRABAJADORA SOCIAL -	INTERVENTORÍA	CARRERA 9 61 81 OFICINA 503

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3649090	DIA 1 MES 9 AÑO 2010	DIA 31 MES 1 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL II	SALUD PUBLICA- ACCIONES EN SALUD	CARRERA 32 12 81

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3649090	DIA 22 MES 7 AÑO 2009	DIA 21 MES 7 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL II	SALUD PUBLICA ACCIONES EN SALUD	CARRERA 32 12 81

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
XXXXXXXX	DIA 19 MES 8 AÑO 2008	DIA 18 MES 12 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL	OFICINA DE ATENCION AL USUARIO	XXXXXXXX

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ASOJUNTAS LOCALIDAD DE MÁRTIRES	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5604951	DIA 23 MES 8 AÑO 2007	DIA 22 MES 2 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COORDINADOR GENERAL CONTRATO	ACCIÓN COMUNAL DISTRITAL	CARRERA 22 22a 15

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2105293	DIA 12 MES 2 AÑO 2007	DIA 30 MES 9 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL -	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA	CALLE 67 53 108 MEDELLÍN

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	7	1
PRIVADO	0	10

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá - 22-01-2019.

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Maria Isabel Correas C.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 51593817 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CRA 26 NRO 7-38 **Teléfonos** 3108773507 3047461

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CESAR AUGUSTO PUENTES TORRIJOS	79899262	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 21.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 29.000.000,00
TOTAL	$ 50.000.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	9300189249	BOGOTA-RICAURTE	$ 6.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Ultima Actualización: 21-ene-2019

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
JUNTA DE ACCION COMUNAL BARRIO RICAURTE	FISCAL

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ○ **NO** ⊗ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ○ C.E ○ T.I. ○	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Maia Ysabel Cortijos C

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA INSTITUCION UNIVERSITARIA

Colegio Mayor de Cundinamarca

CONFIERE EL TITULO DE

Trabajador Social

A

María Isabel Torrijos Cadena

C.C. No. 51.593.847 DE Bogotá

EN TESTIMONIO DE ELLO, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
EL DIA 10 DE diciembre DE 1.993.

Decreto 758 de 1988 – Resolución ICFES No. 002578 de Noviembre 16 de 1990

DECANO

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIA DE EDUCACION DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

SECRETARIO DE EDUCACION

ANOTADO AL FOLIO 1-T DEL LIBRO DE REGISTRO No. 34

EN SANTAFE DE BOGOTA, D.C., A LOS 11 DIAS DEL MES DE Enero DE 1.994

República de Colombia

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Escuela Superior de Administración Pública

Teniendo en cuenta que

María Isabel Torrijos Cadena

C.C. 51.593.817 de Bogotá D. E.

Aprobó los estudios de formación avanzada programados por la institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN GERENCIA SOCIAL

Director Nacional

Secretario General

Subdirector Académico

Decano de la Facultad de Posgrado

Bogotá 15 de diciembre de 2000
Registro ESAP No. 56 45
Anotado al Folio 91 , Libro 6

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA

ACTA DE GRADO

En el Libro No.**10** de la Facultad de Postgrado aparece el Folio **32** Acta No. **32** del 2000 que textualmente dice: "En la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, el día quince (15) del mes de diciembre del 2000, en la **ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA -ESAP-**, siendo las 11:00 a.m., fue celebrada la sesión académica, presidida por el Señor Doctor RICARDO SCHEMBRI CARRASQUILLA, con el objeto de conferir el título de **ESPECIALISTA EN GERENCIA SOCIAL,** a la alumna: **MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA** con cédula de ciudadanía número **51.593.817** de Bogota D.E. **NR 2000-3545.**

Verificado el cumplimiento de los requisitos institucionales, se le tomó el juramento de rigor, que lo compromete a cumplir la Constitución y las Leyes de Colombia, a ejercer su profesión dentro de las normas de ética ciudadana, y mantener lealtad a la ESAP en los actos públicos y privados de su vida profesional. A continuación el presidente de la sesión entregó el diploma que acredita al graduando para el ejercicio de su Especialización, de conformidad con la legislación vigente.

Para constancia de lo anterior se extiende y firma la presente Acta, válida para todos los efectos legales, en la ciudad de Bogotá D.C, a los 15 días del mes de Diciembre del año Dos mil (2000).

El Director Nacional: **(Fdo.) RICARDO SCHEMBRI CARRASQUILLA**
La Secretaria General: **(Fdo.) ANA YESMIN CARREÑO DE OCHOA**
El Subdirector Académico: **(Fdo.) GUSTAVO MONTOYA MARIN**
La Decana Facultad de Posgrado: **(Fdo.) ELSA MARINA GONZALEZ OTALORA**

Se expide en Bogotá, D.C., a los treinta y un (31) días del mes de enero del año dos mil uno (2.001).

ANA YESMIN CARREÑO DE OCHOA
Secretaria General

NCCP
Coordinadora Grupo registro y Control Académico
GML

La firma se encuentra registrada en la notaria número 46

INSTITUCION UNIVERSITARIA
COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

ACTA No 61

En Santafé de Bogotá, D.C., República de Colombia, el día diez (10) del mes de diciembre de mil novecientos noventa tres (1993), se reunieron en el Aula Máxima del Colegio Mayor de Cundinamarca, la Rectora, Doctora Alicia Moyano Iregui, la Decana de Facultad, Doctora Lola Rosalía Saavedra Guzmán y la Secretaria General de la Institución, Doctora Bertha Marina Gaitán de Galán, con el objeto de presidir la Ceremonia de Grado de:

TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL
C.C. 51.593.817 de Bogotá, D.E.

Quien terminó sus estudios y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Institución, para obtener el título de "TRABAJADOR SOCIAL", según Decreto 758 de 1988, Resolución ICFES 002578 de noviembre 16 de 1990.

En desarrollo del programa previsto la Rectora tomó el juramento de rigor e hizo entrega del correspondiente diploma a la graduanda.

En constancia se firma la presente Acta.

ALICIA MOYANO IREGUI
Rectora

Institución Universitaria
Colegio Mayor de Cundinamarca
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
BIBLIOTECA

LOLA ROSALIA SAAVEDRA GUZMAN
Decana

BERTHA MARINA GAITAN DE GALAN
Secretaria General

INSTITUCION UNIVERSITARIA
Colegio Mayor de Cundinamarca
SECRETARIA GENERAL

hc.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA

Con Cedula de Ciudadania No. 51.593.817

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO DE HERRAMIENTAS MICROSOFT OFFICE 2010: EXCEL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintisiete (27) días del mes de febrero de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
JOSE VICENTE INFANTE PULIDO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JOSE VICENTE INFANTE PULIDO
SUBDIRECTOR
CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRAFICA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

11285042 - 27/02/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 921700455641CC51593817C.

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

La Universidad Pedagógica Nacional

y

La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

Certifican que:

MARÍA ISABEL TORRIJOS CADENA

Identificado con cédula de ciudadanía N. 51.593.817

Cursó y aprobó el Diplomado de

Acciones Basadas en Comunidad

Con una intensidad de 120 horas

Dado en Bogotá D.C. a los 21 días del mes de enero de 2011

JOSE WILLIAM CASTRO SALGADO
Jefe División de Asesorías y Extensión
Universidad Pedagógica Nacional

RICARDO ROJAS HIGUERA
Director de Salud Pública
Secretaría de Salud de Bogotá

Pontificia Universidad JAVERIANA

La Pontificia Universidad Javeriana y el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E.

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Certifican que

Torrijos Cadena Maria Isabel

Participó en el Seminario

"NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA"

En calidad de **Asistente**

Realizado en Bogotá, el día 19 de Octubre de 2010.

Con una duración de ocho (8) horas.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DECANO
ACADÉMICO
FACULTAD DE CIENCIAS

INGRID SCHULER GARCÍA
Decana Académica Facultad de Ciencias
Pontificia Universidad Javeriana

FABIO BARRERA BARÓN
Gerente Hospital Occidente de Kennedy III Nivel

BOGOTÁ BICENTENARIO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG BOGOTÁ POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD

SECRETARÍA DE SALUD

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

La E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana
Dirección Científica - Área de Nutrición y Dietética

Certifican que:

MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA

Asistió a la:

V Jornada de Nutrición
Actividad Física Ejercicio y Nutrición

Con una intensidad horaria de ocho (8) horas
Se firma en Bogotá D.C. a los cinco (5) días del mes de Noviembre de dos mil diez (2010)

Dr. NELSON ARISTIZABAL ARISTIZABAL
Director Científico

N.D. CLAUDIA V. PRECIADO MATIZ
Líder de proyecto de Nutrición y Dietética

VEEDURIA
DISTRITAL

VEEDURIA DISTRITAL

UNIVERSIDAD DEL VALLE

Universidad
del Valle

CERTIFICAN QUE:

MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA

C.C. No. 51.593.817

Asistió al curso en:

Participación y control social de la gestión pública

Realizado en Bogotá, D.C. del 11 de octubre al 4 de noviembre de 2005,
con una intensidad de 16 horas.

MARÍA CONSUELO DEL RIO MANTILLA
Veedora Distrital

DARIO HENAO RESTREPO
Decano Facultad Humanidades

UNIVERSIDAD
EXTERNADO DE COLOMBIA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ, D. C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

Universidad Externado de Colombia

Alcaldía Mayor de Bogotá - Secretaría de Gobierno Distrital

certifican que

María Isabel Torrijos Cadena

asistió y cumplió con todos los requisitos del

Diplomado en Mediación Comunitaria, .

con énfasis en Mediación Comunitaria,

realizado en la ciudad de Bogotá, D. C., con una intensidad académica de 200 horas.

Fernando Hinestrosa
Rector

Soraya Montoya González
Secretaria de Gobierno de Bogotá, D. C.

Con el auspicio del Banco Interamericano de Desarrollo BID

Bogotá, D. C., septiembre de 2002

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD. COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

TRABAJADORA SOCIAL

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: Maria Ysabel Torrijos C

No. de documento: 51593817

Tarjeta profesional No: 0043655112 -R.

Dirección de contacto: Kr 26 7 38.

Teléfono: 3108713507

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO EDUCATIVO NACIONAL DE ASESORIAS SOCIOECONOMICAS Y LABORALES -CENASEL-

CERTIFICA:

Que **MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.593.817 de Bogotá, estuvo vinculada en esta entidad mediante contrato de prestación de servicios desde el 01 de diciembre del año 2016 hasta el 10 de abril del año 2017, desempeñándose como **PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL,** en el marco del Convenio de Asociación No.12001 de 2016 suscrito entre la Secretaria Distrital de Integración Social y CENASEL con el objeto de: *"Aunar esfuerzos técnicos, físicos, administrativos y económicos para mejorar el desarrollo metodológico e implementación de la estrategia de prevención de la habitabilidad en calle de la Secretaria Distrital de Integración Social fortaleciendo procesos pedagógicos con distintos actores sociales y comunitarios y promoviendo la resignificación de imaginarios relacionados al fenómeno de habitabilidad en calle, en el marco del Convenio Interadministrativo No.10540 del 2015.*

La presente se expide el día diecinueve (19) de abril del año dos mil diecisiete (2017)

DIRECTOR CENASEL

NELSON CIFUENTES LUJAN
Representante Legal –CENASEL
Nit.: 860.522.599-1

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION CONTRA ACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con **NIT**. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**. suscribió en su momento el con **MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA** C.C. No. **51.593.817,** Con cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

VIGENCIA	N° OPS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR
2013	694	18 de abril de 2013	31 de agosto de 2013	11.852.568
2013	1238	5 de septiembre de 2013	2 de febrero de 2015	50.701.001
2015	350	3 de febrero de 2015	31 de enero de 2016	44.400.593
2016	376	11 de febrero de 2016	29 de febrero de 2016	2.370.013
2016	1163	1 de marzo de 2016	31 de mayo de 2016	9.725.256

OBJETO DEL CONTRATO 694:

- PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PÚBLICA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL:

1. Realizar asesorias integrales en trabajo social a nivel individual con estudiantes en las instituciones Educativas, según la etapa de ciclo vital y la condición o situación diferencialmen razón de su gènero, etnia o posición social; conforme a los lineamientos establecidos por la Direccion de Salu Publica de la secretaria Distrital de salud.
2. Realizar asesorias en trabajo social en iniciativas propias de los planes territoriales de ambientes saludables; conmforme a los lineamientos establecidos por la Direccion de Salud Publica de la de la Secretaria Distrital de Salud.
3. Realizar sistematización y convocatoria de cabildos por un trabajador social;seciones de fortalecimiento a organizaciones sociales, seciones de cncejos ciudadanos an salud, Asambleas locales de rendición de cuentas y Sistematizaciòn proceso participación social; coforme a los lienamientos establecidos por la Direccion de Salud Publica de la Secretaria Distrital de Salud.
4. Realizar seciones de trabajo social a grupos de movilización y habilidades en salud ambiental, conforme a los linearnientos establecidos por la Direccion de Salud Publica
5. Realizar servicios de salud colectiva de trabajo social, según la etapa de ciclo de vital y la condición oi situación diferencial en razón en us genero, etnia o posición social, conforme a los lineamientos establecidos Por la Direccionde salud Publica
6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.

OBJETO DEL CONTRATO 1350 Y 376:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL II DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA COMPONENTE GESTION PROGRAMAS E INTERSECTORIAL DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL II VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO:

1.-Realizar las actividades relacionadas en los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud, las cuales tienen que ver con el posicionamiento de Gestión de Programas en Salud Pública e intersectorialidad en la política pública victimas del conflicto armado conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Publica de la Secretaria de Salud.
2.-Participar en espacios de gestión y coordinación de la política pública y sus componentes.
3.-Articulación permanente en los diferentes procesos misionales y de apoyo del Hospital.
4.-Participar en los diferentes espacios locales y al interior de la ESE para posicionar las políticas públicas y programas de salud en los escenarios donde se construyan las agendas públicas.
5.-Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.
6.-Notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones, especialmente en lo relacionado con en la política pública.
7.-Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC
8.-Participar en las actividades de planificación y gestión del programa e Intersectorialidad en la política pública conforme los requerimientos del equipo de coordinación Gestión Programas e Intersectorialidad.
9.-Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaria Distrital de Salud.
10.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula OCTAVA de la presente orden de prestación de servicios, si a ello hubiera lugar. EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E y con ocasión del desarrollo de sus actividades. **PARAGRAFO 1º:** Para efectos de responder por los valores señalados en la presente cláusula, el CONTRATISTA autoriza que durante la vigencia del presente contrato se efectuara una reserva hasta del cinco (5%) por ciento del valor total del contrato incluidas las adiciones, la cual se amortizara mensualmente yen tantas cuotas, cuantos meses de duración tenga la OPS.
11.- Informar por escrito con una antelación no inferior a Ocho (8) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato.

OBJETO DEL CONTRATO 1136:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN CIENCIAS SOCIALES DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBICA DEL HOSPITA RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS PROFESIONALES EN CIENCIAS SOCIALES:

1. Realizar asesorías integrales en trabajo social a nivel individual con estudiantes en las Instituciones Educativas, según la etapa de ciclo vital y la condición o situación diferencial en razón de su género, etnia o posición social; conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

LA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA,** Identificada con CC. No. 51.593.817, prestó sus servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C/TO
02-PS-1338-2016	05/09/2016	04/12/2016	$7.500.000

OBJETO
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL ESPACIO VIVIENDA, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 833/2016, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 833/2016 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C., el día 27 de marzo de 2017

Para mayor información favor dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS. o al Celular 3023399604

Cordialmente,

HEYDE DEL CARMEN RODRIGUEZ PEREZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Revisó y Aprobó: Daniela Rodriguez Goyes-Asesora oficina Jurídica- Contratación Ops
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico Administrativo

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIVERSIDAD DEL VALLE

UNION TEMPORAL UNIDECENAL
NIT 900.507.118-2

CERTIFICADO DE CONTRATACION

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL HACE CONSTAR:

Que **TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL** contratista identificada con **C.C 51.593.817,** celebró con la Unión temporal **UNIDECENAL** los contratos que se relacionan a continuación:

1. CONTRATO No. 51

a) **OBJETO:** lo constituye la prestación de servicios por parte del contratista, en su calidad de **PROFESIONAL CIENCIAS SOCIALES** para realizar actividades relacionadas con el proceso de formulación y socialización del Plan Decenal de Salud Pública, en las fases de diagnóstico, priorización, movilización y participación social a nivel local, departamental y regional, generando insumos para la formulación y adopción del plan, en virtud del contrato no. 144 de 2012 y sus adiciones o modificaciones, suscrito entre la Unión Temporal UNIDECENAL y el Ministerio de Salud y Protección Social.
b) **FECHA DE INICIO: 2 de mayo de 2012**
c) **FECHA DE TERMINACIÓN: 16 de junio de 2012**
d) **VALOR EJECUTADO: OCHO MILLONES DE PESOS ($ 8.000.000)**

2. CONTRATO No. 239

a) **OBJETO:** lo constituye la prestación de servicios por parte del contratista, en su calidad de **PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES** para realizar actividades relacionadas con el proceso de formulación y socialización del Plan Decenal de Salud Pública, en las fases de diagnóstico, priorización, movilización y participación social a nivel local, departamental y regional, generando insumos para la formulación y adopción del plan, en virtud del contrato no. 144 de 2012 y sus adiciones o modificaciones, suscrito entre la Unión Temporal UNIDECENAL y el Ministerio de Salud y Protección Social.
b) **FECHA DE INICIO: 23 de julio de 2012**
c) **FECHA DE TERMINACIÓN: 18 de agosto de 2012**
d) **VALOR EJECUTADO: OCHO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($ 8.266.667)**

3. CONTRATO No. 267

a) **OBJETO:** lo constituye la prestación de servicios por parte del contratista, en su calidad de **PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES** para realizar actividades relacionadas con el proceso de formulación y socialización del Plan Decenal de Salud Pública, en las fases de diagnóstico, priorización, movilización y participación social a nivel local, departamental y regional, generando insumos para la formulación y adopción del plan, en virtud del contrato no. 144 de 2012 y sus adiciones o modificaciones, suscrito entre la Unión Temporal UNIDECENAL y el Ministerio de Salud y Protección Social.
b) **FECHA DE INICIO: 19 de agosto de 2012**
c) **FECHA DE TERMINACIÓN: 29 de septiembre de 2012**
d) **VALOR EJECUTADO: CINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($ 5.600.000)**

Calle 44 No. 45-67 Unidad Camilo Torres
Bloque 8-4 Oficina 301
Teléfono (s): 57 (1) 3165000 extensión 10363
Correo electrónico: unidecenalcontabilidad@gmail.com
Bogotá Colombia, Sur América

4. **CONTRATO No. 360**

a) **OBJETO**: lo constituye la prestación de servicios por parte del contratista, en su calidad de **PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES** para realizar actividades relacionadas con el proceso de formulación y socialización del Plan Decenal de Salud Pública, en las fases de diagnóstico, priorización, movilización y participación social a nivel local, departamental y regional, generando insumos para la formulación y adopción del plan, en virtud del contrato no. 144 de 2012 y sus adiciones o modificaciones, suscrito entre la Unión Temporal UNIDECENAL y el Ministerio de Salud y Protección Social.
b) **FECHA DE INICIO: 30 de septiembre de 2012**
c) **FECHA DE TERMINACIÓN: 7 de octubre de 2012**
d) **VALOR EJECUTADO: UN MILLON SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($1.066.667)**

5. **CONTRATO No. 426**

a) **OBJETO**: lo constituye la prestación de servicios por parte del contratista, en su calidad de **PROFESIONAL CIENCIAS SOCIALES** para realizar actividades relacionadas con el proceso de formulación y socialización del Plan Decenal de Salud Pública, en las fases de diagnóstico, priorización, movilización y participación social a nivel local, departamental y regional, generando insumos para la formulación y adopción del plan, en virtud del contrato no. 144 de 2012 y sus adiciones o modificaciones, suscrito entre la Unión Temporal UNIDECENAL y el Ministerio de Salud y Protección Social.
b) **FECHA DE INICIO: 16 de octubre de 2012**
c) **FECHA DE TERMINACIÓN: 25 de octubre de 2012**
d) **VALOR EJECUTADO: UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($ 1.733.333)**

6. **CONTRATO No. 503**

a) **OBJETO**: lo constituye la prestación de servicios por parte del contratista, en su calidad de **ANALISTA DE INFORMACIÓN** para realizar actividades relacionadas con el procesamiento de la informacion recolectada y la elaboracion del informe final de la formulacion del Plan Decenal de Salud Pública, en virtud del Contrato No. 144 de 2012 y sus adiciones o modificaciones, suscrito entre la Union Temporal UNIDECENAL y el Ministerio de Salud y Proteccion Social.
b) **FECHA DE INICIO: 20 de noviembre de 2012**
c) **FECHA DE TERMINACIÓN: 20 de diciembre de 2012**
d) **VALOR EJECUTADO: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS PESOS ($4.317.500)**

El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá, a solicitud del interesado a los quince (15) días del mes de enero de 2013.

JOSE GUILLERMO GARCIA ISAZA
Representante Legal

LA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que la señora **MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA,** identificada con cédula de ciudadanía No. 51.593.817 de Bogotá, prestó sus servicios a nuestra compañía mediante **Contrato de Prestación de Servicios Profesionales,** en el cargo de **TRABAJADORA SOCIAL,** desde el 17 de Agosto de 2011 hasta el día 10 de Febrero de 2012, en la ejecución del contrato de Servicio suscrito entre **VCO S.A.** y **EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD (SDS).**

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado el 10 de Septiembre de 2012.

Atentamente,

DAYANNA CAÑAS ROZO
Coordinadora de Talento Humano

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE ACCIONES EN SALUD DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CERTIFICA QUE:

MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.593.817, suscribió Contrato de Prestación de Servicios No. 1145 con el FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, en los siguientes términos:

Contrato No. 1175 de 2010

OBJETO: Prestar servicios profesionales para implementar el programa Muévete Comunidad con el fin de dar cumplimiento a la meta de Plan de Desarrollo y Plan Territorial de Salud.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS:

- Presentar Plan de Trabajo en el cual se establezca cronograma de las actividades a realizar y la metodología a aplicar para el cabal desarrollo de las mismas.

- Apropiarse del enfoque, métodos y objetivos del proceso de promoción de actividad física que desarrolla la Secretaria de Salud de Bogotá, en el marco de políticas, planes y programas distritales y dinamizar la aplicación de los mismos a través del programa Muévete Comunidad desarrollado en el ámbito comunitario y en los diferentes espacios o ámbitos en los cuales sea factible su implementarlo.

- Implementar la metodologías de gestión que posibiliten la orientación y acompañamiento de los procesos de apropiación, avance conceptual y operativo para el desarrollo del programa MUEVETE COMUNIDAD, por los equipos de salud pública de las ESE en estrecha relación con los objetivos de los procesos de promoción de actividad física y las finalidades de los diferentes ámbitos como una de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas o de los proyectos financiados con recursos provenientes de otras fuentes de financiación .

- Propiciar procesos de inducción, actualización y evaluación continua para los profesionales que implementan el programa Muévete Comunidad en las localidades.

BOGOTÁ BICENTENARIO

BOG BOGOTÁ POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD

- Articular el desarrollo del programa Muévete Comunidad con los procesos Distritales en los cuales se realice promoción de actividad física, particularmente con los proceso relacionados con el posicionamiento de la política publica Bogotá Mas Activa y los programas a través de los cuales se hace reconocimiento de derechos.

- Ajustar periódicamente y/o cuando se requiera los lineamientos técnicos y los documentos de apoyo para la implementación y ejecución del programa MUEVETE COMUNIDAD en el marco de la Política Distrital de promoción de actividad física, del Plan Territorial de Salud Pública, del Plan de Intervenciones Colectivas, de los planes locales de actividad física, para el periodo 2011 .

- Realizar los aportes técnicos a los ajustes de los lineamientos de los diferentes ámbitos en los cuales se implemente el programa y contribuir a su adecuada socialización con los operadores en el nivel local.

- Convocar y desarrollar reuniones de asesoría, asistencia técnica, monitoreo, seguimiento a los avances de las acciones a partir de los lineamientos técnicos ajustados del programa MUEVETE COMUNIDAD, en estrecha relación con los referentes de otros programas de promoción de actividad física y en coordinación con los equipos de los diferentes ámbitos en los cuales se esté desarrollando el programa .

- Aportar la información requerida para el seguimiento a las metas del Plan Territorial de Salud Pública, Plan de Desarrollo, Plan de Acción en los momentos definidos por la Dirección de Salud Pública y la Secretaria Distrital de Salud, en los instrumentos establecidos para ello.

- Realizar la revisión y retroalimentación a los diferentes informes de gestión presentados periódicamente por las ESE y las firmas interventoras sobre avances en la ejecución del programa , en los periodos establecidos para ello.

- Participar en la evaluación de calidad, oportunidad y veracidad de la información aportada por las ESE al sistema de información del PIC y otros sistemas, según lineamientos dados por la DSP.

- Participar en actividades de asesoria y asistencia técnica programadas por y para el equipo técnico de promoción de actividad física de la

Dirección de Salud Publica de SDS, en los diferentes espacios de interlocución y de gestión desde los cuales sea requerida el aporte relacionado con el programa Muévete Comunidad .

- Aportar la información necesaria y oportuna para realizar los ajustes al proyecto de inversión y del plan de intervencciones colectivas.

- Participar y aportar técnicamente en los espacios de construcción del grupo técnico de promoción de actividad física y en los grupos técnicos de los ámbitos y de las etapas de ciclo vital inherentes y relevantes con el desarrollo del programa muévete comunidad para favorecer la articulación del programa en los diferentes espacios de intervención aportando en la consolidación de la gestión social local integral .

- Participar en la actualización y/o construcción del los diferentes documentos soporte técnico, para la promoción de Actividad física desarrollada en los diferentes ámbitos de vida cotidiana o grupo poblacional.

- Aportar desde sus habilidades y competencias en el área social a la implementación, seguimiento y evaluación de programas en el ámbito comunitario que incluyan actividad física integrada a otros procesos para contribuir a la dinamización de los mismos en el marco de la Gestión Social Integral.

- Participar conjuntamente con los referentes responsables o procesos que incluyan la Actividad Física en la revisión análisis de los informes de las ESE y retroalimentación de los mismos profundizando en lo correspondiente al área social

PLAZO DE EJECUCION: Cinco (5) meses contados a partir de la fecha del acta de inicio.

VALOR DEL CONTRATO: Veintitrés millones ciento veinticinco mil pesos ($23.125.000) M/CTE, exentos de IVA

FECHA DE INICIO: Primero (1) de septiembre de 2010

FECHA DE TERMINACIÓN: Treinta y uno (31) de enero de 2011

FORMA DE PAGO: Cinco (5) mensualidades vencidas cada una por valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS ($4.625.000)

- Aportar técnicamente en los espacios de construcción de los equipos funcionales de promoción de actividad física, ámbitos y etapas de ciclo vital (infancia, juventud, adultes y persona mayor).

- Participar en la construcción del sistema de información del PIC según lineamientos dados por la Dirección de Salud Publica

PLAZO DE EJECUCION: Doce (12) meses contados a partir de la fecha del acta de inicio.

FECHA DE INICIO: 22 de Julio de 2009

FECHA DE TERMINACIÓN: 21 de Julio de 2010

VALOR DEL CONTRATO: CINCUENTA Y CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS ($ 54.138.396) M/CTE, exentos de IVA por tratarse de recursos del Plan de Intervenciones Colectivas.

FORMA DE PAGO: Doce (12) mensualidades vencidas cada una por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($4.511.533) M/CTE, previa presentación del informe correspondiente y acreditación del pago de los aportes a seguridad social en salud y pensión.

Se expide en Bogotá D.C. a los cuatro (4) días del mes de marzo de 2011.

PATRICIA ARCE GUZMAN

Proyectó: Ángela Carvajal

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE ACCIONES EN SALUD DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CERTIFICA QUE:

MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.593.817, suscribió Contrato de Prestación de Servicios No. 1015 con el FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, con los siguientes términos:

Contrato No. 1015 de 2009

OBJETO: Prestar servicios profesionales para implementar el programa Muévete Comunidad con el fin de dar cumplimiento a la meta de plan de Desarrollo y Plan Territorial.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS:

- Presentar plan de trabajo con las técnicas a aplicar para el desarrollo de las actividades con el respectivo cronograma y subproductos de avances respectivos.

- Apropiarse del enfoque, métodos y objetivos del proceso de promoción de actividad física que desarrolla la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá en el marco de políticas, planes y programas distritales y locales.

- Aplicar los elementos teóricos, conceptuales, metodológicos y operativos del programa Muévete Comunidad y Tu vales a partir de la revisión de las investigaciones previas que permitieron su diseño y evaluación de proceso inicial

- Coordinar con los investigadores que diseñaron el programa Muévete Comunidad, con los funcionarios de la Dirección de Salud Publica que orientan y asesoran los procesos de actividad y con los funcionarios de las ESE que los ejecutan las actividades requeridas para el ajuste continuo de los lineamientos del programa, a partir de los aprendizajes de su desarrollo inicial, durante los meses de julio a diciembre de 2009 y sus relaciones con los programas que se implementan en el ámbito comunitario, laboral y los procesos de gestión local de actividad física.

- Participar en las sesiones de seguimiento a la implementación inicial del programa Muévete Comunidad, con los investigadores que lo diseñaron realizadas a los funcionarios de las ESE, para apropiar sus elementos metodológicos y operativos.

- Diseñar e implementar metodologías de gestión que posibiliten la orientación y acompañamiento de los procesos de apropiación , avance conceptual, metodológico y operativo para el desarrollo del programa Muévete Comunidad por los equipos de Salud Publica de las ESE en estrecha relación con los objetivos de los procesos de promoción de actividad física y las finalidades del ámbito comunitario, laboral y el proyecto Comunidades Saludables, como una de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas o de los proyectos financiados por los Fondos de Desarrollo Local .

- Articular el desarrollo del programa Muévete Comunidad con los procesos Distritales relacionados con la actividad física particularmente con el programa Muévete Comunidad liderado por el IDRD.

- Elaborar los lineamientos técnicos para la ejecución del programa MUEVETE COMUNIDAD el marco de la Política Distrital de promoción de actividad física del plan Territorial de salud Publica, del plan de intervenciones colectivas, de los planes locales de actividad física para el periodo 2010-2011 y los lineamientos de ámbito comunitario y contribuir con su adecuada socialización con los operadores en el nivel local.

- Convocar y desarrollar reuniones de asesoria, asistencia técnica, monitoreo, seguimiento a los avances de las acciones a partir de los lineamientos técnicos ajustados del programa Muévete Comunidad, en estrecha relación con los referentes de otro programas de promoción de actividad física y en coordinación del equipo del ámbito comunitario y laboral.

- Aportar la información requerida para el seguimiento a las metas del Plan Territorial de salud Publica, Plan de desarrollo, Plan de Acción en los momentos definidos por la Dirección de Salud Publica y la secretaria Distrital de Salud ; en los instrumentos establecidos para ello.

- Realizar la revisión y retroalimentación: informes trimestrales de gestión de la ejecución del programa por las ESE, informes de interventoria en los periodos establecidos para ello y aportar al ajuste del proyecto de inversión y del plan de acciones colectivas.

M/CTE, previa presentación del informe correspondiente y acreditación del pago de los aportes a seguridad social en salud y pensión.

Se expide en Bogotá D.C., a los cuatro (4) días del mes de marzo de 2011

PATRICIA ARCE GUZMAN

Proyectó: Angela Carvajal

012953

CAPRECOM CAPRECOM

Ministerio de la Protección Social
Subdirección Administrativa

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES "CAPRECOM"

LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

CERTIFICA:

Que CAPRECOM con Nit. 899.999.026-0 suscribió con ***TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL****, identificado con la cédula de ciudadanía No.* ***51.593.817****, la siguiente orden de trabajo:*

- ***ORDEN No. Or143 del 19 de agosto de 2008***

OBJETO: *"prestación de servicios profesionales para que responda por los procesos de atención al usuario de la Territorial Bogotá".*

VALOR: *Para efectos legales y fiscales el valor del contrato se fijó en la suma de OCHO MILLONES DE PESOS ($8.000.000) MCTE., que constituyó el monto de la remuneración que percibirá el contratista por la realización de las actividades contratadas siendo por lo tanto la única obligación económica que adquirió CAPRECOM con el CONTRATISTA.*

PLAZO DE EJECUCION: *El plazo de ejecución del contrato fue a partir de la expedición del Registro Presupuestal, es decir Agosto/19/2008, hasta Diciembre/18/2008.*

Expedida en Bogotá por solicitud del interesado, a los cinco (5) días del mes de Febrero del año dos mil nueve (2009).

JOSE JESUS DIAZ CORRALES
Subdirector Administrativo

Jaimy Pilar A.
Papel de seguridad 012653

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.593.817**

TORRIJOS CADENA
APELLIDOS

MARIA ISABEL
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1958**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

18-JUN-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00174915-F-0051593817-20090903 **0015**77859A 1 1230100227

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14460330753

(415)7707212489984(8020) 000001446033075 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 5 9 3 8 1 7	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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 1 5 9 3 8 1 7	1 9 7 9 0 6 1 8

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRIJOS	CADENA	MARIA	ISABEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 26 7 38 P 3 BRR RICAURTE

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
martorrc@hotmail.com		2 4 7 7 2 3 1	3 1 0 8 7 7 3 5 0 7

CLASIFICACION

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
7 7 2 2 0	1 9 9 3 1 2 1 8	8 2 9 9	2 0 1 7 0 2 2 0				1

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:	1 2	5																								

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 2 2 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 21-02-2018
Hora: 8:33:44 AM

CONTRIBUYENTE NIT 51593817-1 MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA

Información General

Dirección	CR 26 7 38 P 3
Teléfonos	2477231/3108773507
Dirección electrónica	martorrc@hotmail.com
Fax	

Información de Registro

Fecha Inscripción	09/06/2009
Soporte Inscripción	698956
Fecha Inicio Actividades	30/04/1987
Fecha Cese Actividades	
Fecha de Informe del Cese	
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 72202-INVESTIGACIONES Y DESARROLLO EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y LAS HUMANIDADES EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002762638

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977- Decreto 2833 de 1981



TRABAJADOR (A) SOCIAL

Código: 043655112-R

Registro: **51.593.817**

Nombres: **María Isabel**

Apellidos: **Torrijos Cadena**

Inscripción: **27 de abril de 1994**

Vigencia: **14 de agosto de 2018**

Registro Profesional

1. Este Registro Profesional es personal e intransferible.
2. De uso en todo acto de ejercicio de la profesión de Trabajo Social.



CALLE 78 Nº 12 A - 15 TELEFAX: 257 6129

BOGOTÁ, D.C. - COLOMBIA

CONTAMATIC

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

JMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Codigo de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



Nit 830.015.894-4

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 16 | 9 | 2016

EXAMEN: ☐ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico

NOMBRES: MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA C.C. 51.593.817 EDAD: 57 SEXO M F

EMPRESA: SUBRED CENTRO ORIENTE CARGO: TRABAJADORA SOCIAL Tel.: Cel.: 3108773507

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral	OK	
Espirometria		
Audiometria		
Visiometria		
Optometría		
Electrocardiograma		
Psicología Laboral		
Radiología Tunel/Carpo		
Radiología Columna		
Radiología Torax		

	NORMAL	ANORMAL	
Respiratorio	OK		
Dermatología	OK		
Osteomuscular	OK		
Cardiovascular			SI CONTROL EPS
Vacunas			
Prueba de Equilibrio			
Otros			

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		

	NORMAL	ANORMAL	
Serología			
Parcial de Orina			
RH - Grupo Sanguíneo			
Varios			

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) ___ Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO		SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	SI		Aplazado		
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo			No apto para este cargo		
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel					

Examen PERIODICO satisfactorio SI ___ NO ___ Examen de EGRESO satisfactorio SI ___ NO ___

Apto para el Cargo. - Actividad laboral en Superficie
Requiere Control Patologia de base En la Eps

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	X	6. Control Audiometrico		11. Estilos de Vida Saludable	
2. Pausas Activas	X	7. Uso de Doble Proteccion Auditiva		12. Evitar Posturas Prolongadas	
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	X	8. Control Optometrico Periodico		13. Uso de Medias de Compresión Graduado	
4. Uso de Elementos de Proteccion Personal	X	9. Uso de Lentes permanentes		14. Valoración y Manejo en IPS	
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral		10. Control de Tension Arterial			

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacional(
que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos examenes y presentes en este documento son veraces y completa
entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que :
realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomara para proteger la confidencialida
de la informacion alli expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o fisico la información registrada a la persor
o Entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de lo
cual(es) recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfeccio
lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

UMED LTDA. I.P.S. DIVINO NIÑO JESUS
Dra. Maria Luisa Molina Velasco
Medico Especialista
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM
Res. 8970 de 05/08/2009

Firma Trabajador
Maria Ysabel Torrijos C
C.C. No. 51593817

D.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	22-01-19	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distigudo Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TORRIJOS	CADENA	MARIA	ISABEL	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐	51593817	BOGOTA. D.C	18-06-1979.
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) / VIUDO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		1	3106113507

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☒	UNIVERSITARIO TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL	TRABAJADORA SOCIAL

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kr 26 7 38	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3047461

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒
MARTORRC@HOTMAIL.				

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☐	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐		SI ☐ NO ☐	Digitar el codigo del rut	
		NO ☒	ICA	SI ☒ NO ☐	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☐		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☒

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
ESTRATEGICO - GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: EC-CA-FT-011
VERSIÓN: 07
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SUB RED CENTRO ORIENTE E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [X]	OTRO [ ]	#NIT	900494097-7

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL [X]

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
K 13-26A34		BOGOTA.	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	TRABAJADORA SOCIAL	**FECHA VINCULACION**	23-10-18	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	1.500.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	3.000.000	ARRIENDOS	150.000	INVERSIONES	24.000.000	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	790.000	OTROS EGRESOS*	1.200.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	16.000.000
TOTAL INGRESOS	3.790.000	TOTAL EGRESOS	2.950.000	TOTAL ACTIVOS	24.000.000	TOTAL PASIVOS	16.000.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
URREGO	MARTIN	PEDRO	PABLO.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
K 26 · 8 · 00	BOGOTA.	AMIGO	2778641 / 3103210300

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO FALABELLA	PRESTAMO.	2060140102	VIRTUAL	5878000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS
IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Digite su profesión TRABAJADORA SOCIAL.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres ultimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaracion de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los ultimos tres meses + declaracion de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los ultimos tres meses o certificacion firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevencion, deteccion, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorizacion de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, telefono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratacion y o prestacon de servicios por parte de la ESE y o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales seran tratados por le ESE y o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades. a) El tramite de solicitud de vinculacion como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociacion de contratos con la ESE y o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevencion del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboracion de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios tecnicos del sector salud. i) Envio de nformacion relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de infoimacion de Sujetos de tributacion en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y o a la -Direccion de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los terminos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevencion y control de Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. El tratamiento podra ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecucion, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la seleccion de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios tecnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Basica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NINAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite. (www subredcentrooriente gov co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Maia Isabel Correjos C.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

Bogotá, Enero 22 de 2019

Señora:
TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL
CC. 51593817
CR 26 7 38 PI 3 - 3077461
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 17 de 1999. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL	51593817	C	Sep-17-1999	671	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCI	51593817	Pensionado por sustitucion	VIGENTE
GESTION Y CALIDAD EFICIENTE C T A	51593817	Dependiente	CERRADO
MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA	51593817	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA	51593817	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA	51593817	Trabajador Independiente	CERRADO
MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA	51593817	Trabajador Independiente	CERRADO
MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA	51593817	Trabajador Independiente	CERRADO
MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA	51593817	Trabajador Independiente	CERRADO
MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA	51593817	Trabajador Independiente	CERRADO
MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA	51593817	Trabajador Independiente	CERRADO
NANCY PONTON TOLEDO	51593817	Dependiente	CERRADO
NANCY PONTON TOLEDO	51593817	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección
Pensiones y Cesantías

Bogotá, 26 de abril de 2018

Señor(a):
TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL
CR 26 7 38 PISO 3 BR RICAURTE- 3108773507
BOGOTA-CUNDINAMARCA

19,418,052 **PEN SOB RP**

Reciba un cordial saludo,

En atención a la solicitud pensional radicada por usted(es), Protección se permite informar(les) que se decidió reconocer la pensión de sobrevivencia requerida, por el fallecimiento de FERNANDO FRANCISCO PUENTES HERRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 19,418,052, fallecido(a) el 06 de Octubre 2017. Lo anterior, por cuanto se logró establecer a partir del análisis realizado, que se cumplen con los requisitos establecidos en el artículo 13 la Ley 797 de 2003. (Ver Anexo 2 – Regulación Legal).

Por cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 12 de la ley 797 de 2003, el reconocimiento de la pensión de sobrevivencia se da a favor de:

BENEFICIARIOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PENSIÓN
TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL	ESPOSO/A	100.00

El detalle de la prestación reconocida es:

Valor Mesada Pensional	$781,242.00 *	«No_Mesadas» mesadas por año
Valor Retroactivo	**$5,952,883.00** **	Desde **06 de Octubre 2017–** Hasta **30 de Abril 2018**

**Del valor de la mesada pensional se descontará el 12% correspondiente a la cotización para la Entidad Promotora de Salud escogida por el beneficiario.*

***del cual se realizará el descuento del aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud del 12% dando cumplimiento a la Resolución 2388 de 2016 del Misterio de Salud y Protección Social.*

Teniendo en cuenta que Protección S.A. efectuó la publicación de edictos en un diario de amplia circulación nacional, y a la fecha no se han presentado otros beneficiarios con posible derecho a reclamar, se reconoce el 100% de la pensión a los beneficiarios antes determinados. En caso de que se presente con posterioridad a esta notificación otros posibles beneficiarios, se redistribuirá el valor de la mesada en los porcentajes que corresponda, reconocimiento que se hará a partir del momento de la respectiva notificación y no en forma retroactiva. La parte que les corresponda del retroactivo debe ser reclamado a los beneficiarios iniciales.

Por condiciones particulares de su caso, la modalidad de pensión que se ajusta es Retiro Programado, para ampliar la información usted puede encontrar las definiciones y características de las modalidades en **el anexo 2 Regulación Legal** adjunto a este comunicado.

Agradecemos la confianza depositada en nosotros durante estos años y le reiteramos nuestro deseo de seguir acompañándolo.

Cordialmente,



MARIA CLAUDIA ORDOÑEZ CEBALLOS
DIRECTOR DE ENTREGA DE SERVICIO
Analizó: MTRIBALD
Elaboró: MPORTELA

Anexo 1 - Reconocimiento de Prestación Económica Sobrevivencia

Reconocimiento de Pensión

Para continuar con el trámite y proceder con el ingreso a la nómina de pensionados, se hace necesario que usted se acerque a la oficina de servicio más cercana a su residencia, presentando los siguientes documentos:

1. **Certificación Cuenta Bancaria**: Se requiere certificación de la entidad financiera donde conste el número y tipo de cuenta de la cual usted es titular, con el fin de efectuar el pago de su mesada pensional.

2. **Afiliación a la EPS**: los beneficiarios a quienes se le reconoció la pensión de sobrevivencia deberá afiliarse a una Entidad Promotora de Salud en calidad de cotizantes pensionado (incluyendo los menores de edad) y para tal efecto, se le descontará mensualmente el 12% de su mesada pensional; dicho valor se destinará al pago del aporte correspondiente a la EPS elegida por usted.

   Para tramitar la afiliación a la EPS deben:

   - ✓ Realizar la afiliación bajo el Nit. 900.379.921 del Fondo de Pensiones Obligatorias Protección Retiro Programado.
   - ✓ Si el beneficiario **no se encuentra vinculado una EPS**, acérquese a la EPS de su elección, teniendo en cuenta la cobertura de la misma en la ciudad en donde vive y diligencie una afiliación como cotizante pensionado vinculación inicial.
   - ✓ Si ya **está afiliado** como cotizante dependiente, independiente o beneficiario de algún familiar a la **EPS**, debe tramitar la afiliación en la misma EPS en donde se encuentra actualmente, realizando el cambio a cotizante pensionado. Debe reportar con anterioridad ante esta entidad la novedad de retiro de su afiliación anterior, garantizando que no se pierda la continuidad de la misma.

Tener en Cuenta:
Si recibe esta notificación antes del día 15 del mes, deberá realizar la afiliación a la EPS con fecha 1° del mismo mes.
Si por el contrario recibe esta notificación posterior al día 15 deberá realizar la afiliación a la EPS a partir del 1° del mes siguiente.

Importante:
Los beneficiarios reconocidos una vez alcanzada la mayoría de edad, deberán presentar la constancia de estudios cada seis meses.

Reconocimiento Devolución de Saldos

Para hacer efectivo el pago de la devolución de saldos, los beneficiarios reconocidos deben acercarse a la oficina de servicio más cercana a su lugar de domicilio con la cedula original donde se procederá a generar el pago a su cuenta bancaria o en cheque.
Tenga en cuenta que si usted se acerca a la Oficina antes de las 10:30 a.m. el pago se genera el mismo día, de lo contrario

se realizara como máximo el día hábil siguiente.

Si usted presenta alguna inquietud puede comunicarse a través de los siguientes medios:
Correo electrónico: clientes@proteccion.com.co
Línea de Servicio: en los siguientes teléfonos: Línea Nacional: 01 8000 52 8000, Bogotá: 744 44 64, Medellín- Cali: 510 90 99, Barranquilla: 319 79 99, Cartagena: 642 49 99.

ANEXO 2 – REGULACIÓN LEGAL

RECONOCIMIENTO DE SOBREVIVENCIA

LEY 100 DE 1993:

*"**Artículo 73. Requisitos y monto**. Los requisitos para obtener la pensión de sobrevivientes en el régimen de capitalización individual con solidaridad, así como su monto, se regirán por las disposiciones contenidas en los artículos 46 y 48, de la presente Ley."*

*"**Artículo 46. Requisitos para obtener la pensión de sobrevivientes.** <Artículo modificado por el **artículo 12 de la Ley 797 de 2003**. El nuevo texto es el siguiente:> Tendrán derecho a la pensión de sobrevivientes:*

1. *Los miembros del grupo familiar del pensionado por vejez o invalidez por riesgo común que fallezca y,*
2. *Los miembros del grupo familiar del afiliado al sistema que fallezca, siempre y cuando éste hubiere cotizado cincuenta semanas dentro de los tres últimos años inmediatamente anteriores al fallecimiento y se acrediten las siguientes condiciones: **(Nota: no se enumeran las condiciones ya que no están en el ordenamiento jurídico actual. Nota fuera de texto original)***

***Parágrafo 1o.** Cuando un afiliado haya cotizado el número de semanas mínimo requerido en el régimen de prima en tiempo anterior a su fallecimiento, sin que haya tramitado o recibido una indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o la devolución de saldos de que trata el artículo 66 de esta Ley, los beneficiarios a que se refiere el numeral 2 de este artículo tendrán derecho a la pensión de sobrevivientes, en los términos de esta Ley.*

El monto de la pensión para aquellos beneficiarios que a partir de la vigencia de la Ley cumplan con los requisitos establecidos en este parágrafo será del 80% del monto que le hubiera correspondido en una pensión de vejez."

*"**Artículo 48. Monto de la pensión de sobrevivientes.** El monto mensual de la pensión de sobrevivientes por muerte del pensionado será igual al 100% de la pensión que aquel disfrutaba.*

El monto mensual de la pensión total de sobrevivientes por muerte del afiliado será igual al 45% del ingreso base de liquidación más 2% de dicho ingreso por cada cincuenta (50) semanas adicionales de cotización a las primeras quinientas (500) semanas de cotización, sin que exceda el 75% del ingreso base de liquidación.

En ningún caso el monto de la pensión podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, conforme a lo establecido en el artículo 35 de la presente Ley.

No obstante, lo previsto en este artículo, los afiliados podrán optar por una pensión de sobrevivientes equivalente al régimen de pensión de sobrevivientes del ISS, vigente con anterioridad a la fecha de vigencia de la presente Ley equivalente al 65% del ingreso base de liquidación, siempre que se cumplan las mismas condiciones establecidas por

dicho instituto."

*"**Artículo 21. Ingreso Base de Liquidación.** Se entiende por ingreso base para liquidar las pensiones previstas en esta Ley, el promedio de los salarios o rentas sobre los cuales ha cotizado el afiliado durante los diez (10) años anteriores al reconocimiento de la pensión, o en todo el tiempo si este fuere inferior para el caso de las pensiones de invalidez o sobrevivencia, actualizados anualmente con base en la variación del Índice de Precios al Consumidor, según certificación que expida el DANE.*

Cuando el promedio del ingreso base, ajustado por inflación, calculado sobre los ingresos de toda la vida laboral del trabajador, resulte superior al previsto en el inciso anterior, el trabajador podrá optar por este sistema, siempre y cuando haya cotizado 1.250 semanas como mínimo."

*"**Artículo 74. Beneficiarios de la pensión de sobrevivientes**. <Artículo modificado por el **artículo 13 de la Ley 797 de 2003.** El nuevo texto es el siguiente:> Son beneficiarios de la pensión de sobrevivientes:*

A. *En forma vitalicia, el cónyuge o la compañera o compañero permanente o supérstite, siempre y cuando dicho beneficiario, a la fecha del fallecimiento del causante, tenga 30 o más años de edad. En caso de que la pensión de sobrevivencia se cause por muerte del pensionado, el cónyuge o la compañera o compañero permanente supérstite, deberá acreditar que estuvo haciendo vida marital con el causante hasta su muerte y haya convivido con el fallecido no menos de cinco (5) años continuos con anterioridad a su muerte;*
B. *En forma temporal, el cónyuge o la compañera permanente supérstite, siempre y cuando dicho beneficiario, a la fecha del fallecimiento del causante, tenga menos de 30 años de edad, y no haya procreado hijos con este. La pensión temporal se pagará mientras el beneficiario viva y tendrá una duración máxima de 20 años. En este caso, el beneficiario deberá cotizar al sistema para obtener su propia pensión, con cargo a dicha pensión. Si tiene hijos con el causante aplicará el literal a).*

Si respecto de un pensionado hubiese un compañero o compañera permanente, con sociedad anterior conyugal no disuelta y derecho a percibir parte de la pensión de que tratan los literales a) y b) del presente artículo, dicha pensión se dividirá entre ellos (as) en proporción al tiempo de convivencia con el fallecido.

En caso de convivencia simultánea en los últimos cinco años, antes del fallecimiento del causante entre un cónyuge y una compañera o compañero permanente, la beneficiaria o el beneficiario de la pensión de sobreviviente será la esposa o el esposo. Si no existe convivencia simultánea y se mantiene vigente la unión conyugal, pero hay una separación de hecho, la compañera o compañero permanente podrá reclamar una cuota parte de lo correspondiente al literal a) en un porcentaje proporcional al tiempo convivido con el causante siempre y cuando haya sido superior a los últimos cinco años antes del fallecimiento del causante. La otra cuota parte le corresponderá a la cónyuge con la cual existe la sociedad conyugal vigente;

C. *Los hijos menores de 18 años; los hijos mayores de 18 años y hasta los 25 años, incapacitados para trabajar por razón de sus estudios y si dependían económicamente del causante al momento de su muerte, siempre y cuando acrediten debidamente su condición de estudiantes y cumplan con el mínimo de condiciones académicas que establezca el Gobierno; y, los hijos inválidos si dependían económicamente del causante, esto es, que no tienen ingresos adicionales, mientras subsistan las condiciones de invalidez. Para determinar cuándo hay invalidez se aplicará el criterio previsto por el artículo 38 de la Ley 100 de 1993;*
D. *A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, serán beneficiarios los padres del causante si dependían económicamente de este; E A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente,*

padres e hijos con derecho, serán beneficiarios los hermanos inválidos del causante si dependían económicamente de este.

Parágrafo. *Para efectos de este artículo se requerirá que el vínculo entre el padre, el hijo o el hermano inválido sea el establecido en el Código Civil."*

*"**Artículo 76. Inexistencia de beneficiarios**. En caso de que, a la muerte del afiliado o pensionado, no hubiere beneficiarios de la pensión de sobrevivientes, las sumas acumuladas en la cuenta individual de ahorro pensional harán parte de la masa sucesoral de bienes del causante.*

En caso de que no haya causahabientes hasta el quinto orden hereditario, la suma acumulada en la cuenta individual de ahorro pensional se destinará al Fondo de Solidaridad Pensional de que trata la presente Ley."

*"**Artículo 78. Devolución de saldos.** Cuando el afiliado fallezca sin cumplir con los requisitos para causar una pensión de sobrevivientes, se les entregará a sus beneficiarios la totalidad del saldo abonado en su cuenta individual de ahorro pensional, incluidos los rendimientos, y el valor del bono pensional si a este hubiera lugar."*

La Ley 776 de 2002.

*"**Artículo 15: "Devolución De Saldos E Indemnización Sustitutiva**. Cuando un afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales se invalide o muera como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, además de la pensión de invalidez o de sobrevivientes que deberá reconocerse de conformidad con la presente ley, se entregara al afiliado o beneficiarios:*

a. Si se encuentra afiliado al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, la totalidad del saldo de su cuenta individual de ahorro pensional.

Parágrafo: Para efectos del saldo de la cuenta de ahorro individual, los bonos pensionales, en desarrollo del artículo 139, numeral 5, de la ley 100 de 1993, se redimirán anticipadamente a la fecha de la declaratoria de la invalidez o de la muerte de origen profesional."

COMISION DE PENSIONADOS – Circular Básica jurídica Circular Externa 029 de 2014 – Parte II, Título III, Capitulo II, numeral 1.3.2 Superintendencia Financiera de Colombia:

"(…)

1.3.2. Comisión por administración de pensiones bajo la modalidad de retiro programado

Las sociedades administradoras de los tipos de fondos de pensiones pueden cobrar por la administración de los recursos de los pensionados bajo la modalidad de retiro programado un valor no superior al 1% de los rendimientos abonados durante el mes en la respectiva cuenta individual de ahorro pensional, sin que en ningún momento el valor de dicha comisión exceda el 1.5% de la mesada pensional. La comisión por este concepto puede cobrarse por cada mes vencido a partir del primer mes en que deba reconocerse la respectiva mesada."

DESCUENTO FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL:

Ley 797 de 2003 Artículo 8: El artículo 27 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Artículo 27. Recursos. El fondo de solidaridad pensional tendrá las siguientes fuentes de recursos:

2. Subcuenta de Subsistencia

d) Los pensionados que devenguen una mesada superior a diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes y hasta veinte (20) contribuirán para el Fondo de Solidaridad Pensional para la subcuenta de subsistencia en un 1%, y los que devenguen más de veinte (20) salarios mínimos contribuirán en un 2% para la misma cuenta.

COMPARATIVO ENTRE EL RETIRO PROGRAMADO Y LA RENTA VITALICIA

RETIRO PROGRAMADO*: Es la modalidad de pensión en la cual el afiliado o sus beneficiarios eligen que el pago de la pensión lo realice directamente la Sociedad Administradora del Fondo de Pensiones, en este caso Protección S.A., con cargo a su cuenta de ahorro individual, la cual está conformada por los aportes obligatorios, los aportes voluntarios que para tal fin destine el afiliado y el valor del bono pensional negociado o redimido, si a él hubiere lugar.*

MESADA PENSIONAL: De acuerdo con el artículo 81 de la Ley 100 de 1993, el valor de la mesada pensional se determina cada año, mediante el cálculo actuarial, teniendo en cuenta el saldo en la cuenta de ahorro pensional, la probabilidad de vida según las tablas de mortalidad para rentistas establecidas por la Ley, la rentabilidad real proyectada por Protección S.A. para el manejo de su capital, el cuadro de beneficiarios y sus edades al momento del cálculo.

En el mes de enero de cada año se repetirá el cálculo en las condiciones actualizadas para determinar la mesada pensional del nuevo año.

RIESGOS QUE SE ASUMEN: En esta modalidad de pensión el capital no está garantizado, varía en la medida en que el pensionado va sobrepasando la edad promedio de vida o en los casos en que la rentabilidad del Fondo esté por debajo de la proyectada en los cálculos con los que se define el monto de la pensión. Sin embargo, la Ley prevé que el saldo de la cuenta individual de un pensionado en Retiro Programado no puede ser inferior al capital requerido para financiarle a él y a sus beneficiarios una Renta Vitalicia de un salario mínimo legal mensual vigente. Por lo tanto, si el saldo de la cuenta individual del pensionado llega a este límite, obligatoriamente el pensionado tendrá que contratar con la Aseguradora de su elección el pago de una Renta Vitalicia del salario mínimo para así garantizar el pago vitalicio de su mesada.

BENEFICIARIOS: El Retiro Programado es una modalidad vitalicia, tanto para el afiliado como para sus beneficiarios de sobrevivencia. Al fallecimiento del afiliado o del pensionado de vejez o invalidez, se pagará la pensión de sobrevivientes a favor de los beneficiarios definidos por la Ley 100 de 1993, modificado por la Ley 797 de 2003

Los pensionados por sobrevivencia no tienen derecho a una nueva sustitución de su pensión.

EXCESOS DE CAPITAL: Si existen excesos de capital al momento de la sustitución estos podrán ser utilizados para aumentar el valor de la pensión o podrán ser entregados a la masa sucesoral del fallecido.

INEXISTENCIA DE BENEFICIARIOS: En caso de que no existan beneficiarios de pensión, el saldo existente en la cuenta de ahorro individual al fallecer el afiliado o el pensionado, acrecentará la masa sucesoral de los herederos, es decir, se les entregará como suma única.

CONTRATO REVOCABLE En cualquier momento el pensionado podrá suspender su contrato con la Sociedad Administradora y optar por la modalidad de Renta Vitalicia con la Aseguradora de su elección.

TRASLADO DE FONDO: Como consecuencia de la selección de la modalidad de retiro programado, el saldo de la cuenta con el cual se financiará la mesada pensional será trasladado al Fondo de Pensiones obligatorias Protección Retiro Programado

RENTA VITALICIA: *Es la modalidad de pensión mediante la cual el pensionado o sus beneficiarios contrata directa e irrevocablemente con una Aseguradora de su elección, el pago de una renta mensual hasta su fallecimiento y el pago de las pensiones de sobrevivientes en favor de sus beneficiarios por el tiempo que ellos tengan derecho.*

MESADA PENSIONAL: Con el capital disponible en la cuenta de ahorro individual del pensionado, la aseguradora realiza un cálculo actuarial mediante el cual se compromete el pago de una cuantía mensual vitalicia para el afiliado y sus beneficiarios.

En esta modalidad de pensión, la mesada pensional es uniforme en el tiempo, en términos de poder adquisitivo constante y no podrá contratarse por valores inferiores al salario mínimo legal mensual vigente.

La Aseguradora que asuma el pago de la Renta Vitalicia debe adoptar la modalidad de seguros de participación, en los cuales se debe distribuir entre los integrantes del producto, al menos el 70% de las utilidades obtenidas. La repartición de utilidades entre los pensionados, no es garantizada por la aseguradora. Si esto sucede, la mesada pensional podrá aumentar por encima de la inflación.

RIESGOS QUE SE ASUMEN: Hay traspaso del capital acumulado en la cuenta de ahorro individual más el bono pensional, si a él hubiere lugar, a la Aseguradora escogida por el pensionado. El capital deja de ser propiedad del pensionado y se convierte en patrimonio de la Aseguradora.

BENEFICIARIOS: Esta modalidad le ofrece al pensionado la renta mensual contratada hasta su fallecimiento y la pensión de sobrevivientes a favor de sus beneficiarios por el tiempo que ellos tengan derecho, de acuerdo con lo establecido por la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 797 de 2003

Si llegara a faltar capital para cumplir con el pago de esta obligación, la Aseguradora deberá ponerlo de su propio patrimonio.

INEXISTENCIA DE BENEFICIARIOS: Como el capital pasa a ser propiedad de la Aseguradora, el saldo que resulte después de cumplir con la obligación anterior, no se devuelve a los herederos.

CONTATO IRREVOCABLE: En esta modalidad ninguna de las partes podrá poner término anticipado al contrato, el cual permanecerá vigente hasta la muerte del pensionado o del último beneficiario con derecho.

DECRETO 1889 DE 1994

"ARTICULO 10. *COMPAÑERO O COMPAÑERA PERMANENTE. Para efectos de la pensión de sobrevivientes del afiliado, ostentará la calidad de compañero o compañera permanente la última persona, de sexo diferente al del causante, que haya hecho vida marital con él, durante un lapso no inferior a dos (2) años.*

Tratándose del pensionado, quien cumpla con los requisitos exigidos por los literales a) de los artículos 47 y 74 de la Ley 100 de 1993. (…)"

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51593817	Bolivar.
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Maria	Isabel	Torrijos	Cadena

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
16-12-1958	Bogotá	Kr 26 7 38.	3047461.

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Salud Total.	Proteccion	$ 3.000 000.

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Profesional TRABAJO Social	

Correo Electrónico	Celular
mariore@hotmail.com.	3108773507.

Maria Isabel Torrijos C.
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121018452

WEB
18:52:19

Bogotá DC, 21 de enero del 2019

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) MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51593817:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.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 174 Ley 734 de 2002).

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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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 lunes 21 de enero de 2019, a las 18:35:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51593817
Código de Verificación	51593817190121183507

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.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2712076

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 18:38 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE** de No tiene Datos

51593817

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_ES9_3718
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 19:03:25 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **51593817**
Apellidos y Nombres: **TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL**

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.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2018/10/02
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA
con Cédula de Ciudadanía número 51593817
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	009300189249
Fecha Apertura	2001/11/26

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0093 - OFICINA RICAURTE

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA