Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ROGER PAOLO LEYTON BARRERA											
TIPO DE DOCUMENTO:		x	C.E		NO.	79219285						
CORREO ELECTRONICO:	celular3203205090@gmail.com				CELULAR:	3203205090						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION				SEDE:	BOSA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	R23	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24054541472								PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4695-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	1230	FECHA	23/07/2018	NÚMERO DE CRP	35462	FECHA	31/07/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional - Apoyo Técnico Administrativo II									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.837.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.748.024
VALOR EJECUTADO	$5.748.024
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.837.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953.105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
357343892	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de agosto del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINETH TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL LIDER DE PROCESO:

Roger Paolo Leyton Barrera
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SUBGERENCIA FINANCIERA					**Sede:** ASDINGO					
No. DE CONTRATO:	4695-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	8	2.018		31	8	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ROGER PAOLO LEYTON BARRERA		**C. C.**	79.219.285		**DE**	SOACHA				

Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional - Apoyo Técnico Administrativo II

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X_ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a. Recepcion de la facturación generada por los diferentes puntos de facturacion, correspondientes a los servicios prestados	CUMPLE	Se genera de HOSVITAL el informe de producción (Excel) Semanal	Informe Anexo Capital Salud, Cuenta PyD, Cuenta Evento y Cuenta Tipologías (Archivos en Excel)
b. Revisar factura: Comprobador de derechos, codigo de autoriazión (NAP), procedimientos de acuerdo a la facturaciòn	CUMPLE	Se cruza la respuesta de las autorizaciones (NAP) reportadas por Capital Salud (Excel) contra la base de Producción (Excel)	Informe Anexo Capital Salud, Cuenta PyD, Cuenta Evento y Cuenta Tipologías (Archivos en Excel)
c.Hacer seguimiento diario a la entrega de facturas , soporte y correccion de las mismas	CUMPLE	Se genera de HOSVITAL el informe de producción (Excel) Semanal	Se genera de HOSVITAL el informe de producción (Excel)
d. Verificación en plataforma de Capital Salud NAP VS factura.	CUMPLE	Se verifica las autorizaciones (NAP) reportadas por Capital Salud (Excel)	Informe Anexo Capital Salud, Cuenta PyD, Cuenta Evento y Cuenta Tipologías (Archivos en Excel)
e. Verificación de tarifas de acuerdo a las tipologias y/o contratación Capital Salud.	CUMPLE	Al momento de general la cuenta de Capital salud se verifica el valor de las Tipologías Cobradas	Informe Anexo Capital Salud, Cuenta PyD, Cuenta Evento y Cuenta Tipologías (Archivos en Excel)
E. Alimentar base de producción diariamente de acuerdo a la facturación generada Vs facturación entregada.	CUMPLE	Realice cruces corrigiendo tipo de documento, verificando códigos de actividad, cruzando NAP autorizadas, arreglando estructura para Rips y estructura cuenta Capital Salud	Informe Anexo Capital Salud, Cuenta PyD, Cuenta Evento y Cuenta Tipologías (Archivos en Excel)
F. Hacer seguimiento a las facturas entregadas por facturadores de acuerdo a las hojas de ruta.	CUMPLE	No aplica	No aplica
G. Envio semanal de anexo Capital Salud (revisión auditoria previa) con sus respectivas observaciones.	CUMPLE	Se genera de HOSVITAL el informe de producción (Excel)	Informe Anexo Capital Salud, Cuenta PyD, Cuenta Evento y Cuenta Tipologías (Archivos en Excel)
H. Formulación de archivo de facturación para seguimiento de anulación y corrección.	CUMPLE	Se genera de HOSVITAL el informe de facturas anuladas (Excel) Semanal	Informe cruce Facturas Anuladas (Archivos en Excel)
I. Consolidación anexo mesual de Capital Salud para el armado de cuenta.	CUMPLE	Se genera la consolidación del Anexo de Capital Salud (Excel), realizando las correcciones de estructura para su entrega	Informe Anexo Capital Salud (Archivos en Excel)
J. Organizar facturas por consecutivos y marcadas para archivo de bodega.	CUMPLE	No aplica	No aplica
P.Asistir, participar y realizar las actividades que se estructuren para fortalecer el conocimiento de la Subred, proceso, procedimientos en los colaboradores que intervienen en los mismos (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción entre otros)	CUMPLE	Asistí a las actividades programadas programas por la líder de la Subredsuroccidente	Reunión gerencia de la información y Capital Salud (rips)
h. Entregar al Referente de Facturación, informe semanal de la facturación pendiente por entregar y los motivos de la misma, realizando una consolidacion mesual con inconsistencias y hallazgos	CUMPLE	Se entrega informes solicitados realizando cruces, arreglo estructura y validación de autorizaciones (NAP)	Informe Anexo Capital Salud, Cuenta PyD, Cuenta Evento y Cuenta Tipologías (Archivos en Excel)
Recibir y verificar las facturas por hoja de ruta por empresa y de manera simultánea la entrega de las facturas con sus respectivos soportes, dejando evidencia documental	CUMPLE	No aplica	No aplica
k. Garantizar la efectividad de cobro para el 100% de las cuentas médicas generadas por el servicio asignado.	CUMPLE	Se realiza un cruce contra un validador creado en Excel y se identifica las inconsistencias del archivo de para la cuenta de PyD	Informe Anexo Capital Salud, Cuenta PyD, Cuenta Evento y Cuenta Tipologías (Archivos en Excel)
q.Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CUMPLE	Cumplí con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Cumplí con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLÓN OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE ($1,837,000)

ROGER PAOLO LEYTON BARRERA CC 79219285 :

FIRMA DEL SUPERVISOR SANDRA JINETH TAFUR HERNANDEZ

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Iniciar sesión (/login.aspx)

(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)

Mapa del Sitio (/Mapa-del-sitio) Buscador (/buscador) (https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)

(https://www.facebook.com/ADRESCol/)

Funcionarios (/Funcionarios) Preguntas Frecuentes (Transparencia/Preguntas-frecuentes)

(https://twitter.com/AdresCol/)

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Sí usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	79219285	LEYTON	BARRERA	ROGER	PAOLO	2018-08	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2017	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79219285
NOMBRES	ROGER PAOLO
APELLIDOS	LEYTON BARRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	04/03/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/13/2018 08:25:22	Estación de origen:	190.24.132.202

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR IBC				SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS				COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	79219285	leyton barrera roger paolo	EPS017	231001																				781.242	781.242	0	781.242	0			125.000	0	0	97.700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	79219285-	roger paolo leyton barrera	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
8	2018	8	2018

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
29217409	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-28	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
cr 1a N23 24	SOACHA	25754	CUNDINAMARCA	25	7124322	7124322	radioactivarock@hotmail.com	7490	0	1	2018/08/01	357343892

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS017	830003564-7	97.700	0		0		0	97.700	0	0	0	97.700	0		0	0	97.700	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
231001	800227940-6	125.000	0	0	0	0	0	0	125.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-28	800256161-9	19.100		0	0	19.100
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	19.100	0	0	191	19.100

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	125.000	125.000
SALUD	97.700	97.700
RIESGOS LABORALES	19.100	19.100
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	241.800	241.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 09-ago-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ROGER PAOLO LEYTON BARRERA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79219285 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Soacha

Dirección calle 15 n 5a 17 **Teléfonos** 3203205090 7210602

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ROGER PAOLO LEYTON BARRERA	79219285	HIJO(A)
JULIANA SOFIA LEYTON GOMEZ	1073710529	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	$ 2.213.151,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 240.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 3.674.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 6.127.151,00

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
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24054541472	BOGOTA	$ 9.999,00

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
CODENSA	CREDITO	$ 3.000.000,00
COLPATRIA	TARJETA CREDITO	$ 3.500.000,00

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 09-ago-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
LEYTON	BARRERA	ROGER PAOLO ✓

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79219285

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 79219285 D.M 53

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 4 MES JUL AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 15 n 5a 17

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 7210602

EMAIL natulnet@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.* X	MES DICIEMBRE AÑO 1999

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 09-ago-2018

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: AUDITORES Y CONSULTORES SAS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hoc@hoc-auditores.com	
TELÉFONOS: 2561961	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 10 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 1 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: ANALISTA DE INFORMACION	*DEPENDENCIA*: SISTEMAS	*DIRECCIÓN*: CALLE 44 N 66a - 10	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Soacha	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7309230	*FECHA DE INGRESO*: DIA 21 MES 6 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 10 MES 9 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR ESTADISTICA	*DEPENDENCIA*: ESTADISTICA	*DIRECCIÓN*: Calle 13 No. 10 – 48	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Soacha	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 5755700	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO: DIGITADOR	*DEPENDENCIA*: SECRETARIA DE SALUD	*DIRECCIÓN*: CALLE 13 N 7 30	

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	12
PRIVADO	1	11

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Sur Occidente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Sur

SUBRED INTEGRADA DE SALUID SUR OCCIDENTE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICADO DE ICA RETENIDO

Nombre del retenedor	:	SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E
Nit	:	900.959.048-4
Direccion del retenedor	:	Calle 9 No.39 - 46
Ciudad donde se efectuo	:	Bogota, D.C.

NOMBRE: LEYTON BARRERA ROGER PAOLO
NIT/CEDULA: 79219285 -1 TIPO: Cedula
PERIODO DEL CERTIFICADO : Enero - Diciembre de 2017

CONCEPTO	BASE	TARIFA POR MIL	RETENCION
PERIODO: NOVIEMBRE - DICIEMBRE			
RETEICA 9.66 ACTIVID SERVICIOS	3,530,000.00	0.966	34,100.00
TOTAL BIMESTRE	3,530,000.00		34,100.00
T O T A L	3,530,000.00		34,100.00

Las personas juridicas podran expedir certificados en formas continuas, o impresas por computador y sin necesidad de firma autografa (D.R. 836/91, art 10)