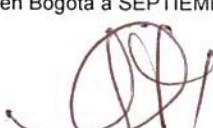
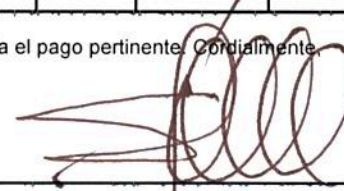


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				SERGIO EDUARDO LEON JAIMES											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	Nº.		1.098.636.393						
CORREO ELECTRONICO:				chegio600@hotmail.com				CELULAR:		3007816309					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								CAPS ZONA FRANCA FO08							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:		Fontibon					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		E05	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				20485812299				PENSIONADO		No					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2574-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				7			
NÚMERO DE CDP		1250		FECHA		27/07/2018		NÚMERO DE CRP		34137		FECHA		31/07/2018	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como CIRUGIA ORAL dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						1	8	2018			31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$15.000.000											
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0							
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:								\$102.500.000							
VALOR EJECUTADO								\$102.500.000							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$15.000.000							
VALOR A LIBERAR															
SALDO POR EJECUTAR								\$0							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								100%							
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:															
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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									
8483495328	\$6.000.000,00	\$750.000	\$960.000	\$3	\$146.160	\$1.856.160									
Dado en Bogotá a SEPTIEMBRE del año 2018 . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.															
 LILIANA CASTIBLANCO MOSOS NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:				 SERGIO EDUARDO LEON JAIMES NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA											

Bogotá D.C. Septiembre de 2018

CUENTA DE COBRO

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SERGIO EDUARDO LEON JAIMES

C.C. No 1098636393

Por concepto de servicios prestados durante el mes de **AGOSTO de 2018** según la orden de prestación de servicios No 2574-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

Total de paciente atendidos: **270**

TOTAL: QUINCE MILLONES DE PESOS.

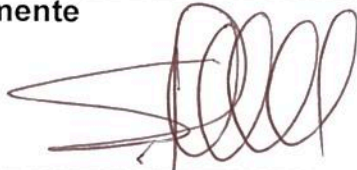
TOTAL: \$ 15.000.000

CENTRO DE COSTO	PORCETANJE %	VALOR
E05	100%	\$15,000,000
TOTAL	100%	\$15,000,000

Autorizo al la Unidad prestadora de Servicios de Salud sur Occidente ESE, consignar el valor correspondiente en la Cuenta de Ahorros No. 20485812299 de BANCOLOMBIA

	SI	NO
Bajo la gravedad de juramento informo que soy declarante de renta por el año 2017	X	
Declaro que mis ingresos provienen en más del 80% de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante	X	
Que mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superaron 1.400 UVT (\$41.654.200)	X	

Cordialmente



SERGIO EDUARDO LEON JAIMES

Cédula: 1.098.636.393 de Bucaramanga

E- MAIL: seleonj@subredsuoccidente.gov.co

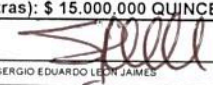
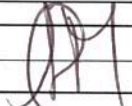
Cel. 3007816309

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
 Fecha de aprobación: 03/04/2017
 Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:		CAPS ZONA FRANCA - ODONTOLOGIA		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	2574-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
				1	8	2018		31	8	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SERGIO EDUARDO LEON JAIMES		C. C.	1.098.636.393		DE	BUCARAMANGA			
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE										
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ____ NO ____ Servicios: SI ____ NO ____										
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS							
Realizar la Consulta Externa especializada de cirugía oral, elaboración de historia clínica y examen clínico integral en cada paciente según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón donde el supervisor del contrato lo requiera.	SI	Realice la Consulta Externa especializada de cirugía oral, elaboración de historia clínica y examen clínico integral en cada paciente según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón donde el supervisor del contrato lo requiera.	por medio de la consulta odontológica se realizó el ejercicio odontológico especializado usando las herramientas diagnósticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente							
Diagnosticar patologías y efectuar tratamiento de cirugía oral, solicitar exámenes para clínicos en caso necesario, remitir los pacientes a odontología general para continuar tratamiento.	SI	Diagnosticar patologías y efectuar tratamiento de cirugía oral, solicite exámenes para clínicos en los casos necesarios indique a los pacientes acudir a odontología general para continuar tratamiento.	por medio de la consulta odontológica se realizó el ejercicio odontológico especializado usando las herramientas diagnósticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente							
Para la consulta de cirugía oral suministrar nueve Equipos Básicos Quirúrgicos compuestos por: jeringa carpule, pinza mosquito, porta agujas, pinza Kelly curva, tijeras recta, Cureta de Lucas, periostotomo, lima de hueso, Minesota, mango de bisturí, elevador plano, un elevador delgado, elevador grueso, 1 Kelly	SI	Para la consulta de cirugía oral suministré nueve Equipos Básicos Quirúrgicos compuestos por: jeringa carpule, pinza mosquito, porta agujas, pinza Kelly curva, tijeras recta, Cureta de Lucas, periostotomo, lima de hueso, Minesota, mango de bisturí, elevador plano, un elevador delgado, elevador grueso, 1 Kelly	Entregue los nueve equipos relacionados al hospital							
Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente, y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro médico.	SI	Diligenció la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente, el formato de consentimiento informado y lista de chequeo para cirugía oral en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro médico.	por medio del registro y archivo adecuado de la historia clínica en el sistema de la subred se dio cumplimiento a las exigencias legales y éticas							
Entregar diariamente los registros individuales de prestación de los servicios (RIPS), completamente diligenciados de acuerdo a la resolución 3374 de 2002 y a la resolución 0951 del 2003 del Ministerio de salud, al área de estadística o quien defina el coordinador del centro.	SI	Entregue un informe mensual de los registros individuales de prestación de los servicios (RIPS) de los pacientes atendidos durante el mes relacionado completamente diligenciados de acuerdo a la resolución 3374 de 2002 y a la resolución 0951 del 2003 del Ministerio de salud, al área de estadística o quien defina el coordinador del centro.	se diligenció adecuadamente la historia clínica y rips para efectos de estadística, costos y facturación							
Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia.	SI	Aplicó las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad	por medio de la consulta odontológica se realizó el ejercicio odontológico especializado usando las herramientas diagnósticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente							
Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	SI	Cumplió oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	cumplimiento del 100% de las agendas							
Velar por la consecución de recursos y el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad así como su custodia.	SI	Estuve atento por el adecuado funcionamiento de los equipos del consultorio y reporte las fallas de los mismo	adecuada manipulación de los equipos odontológicos y reporte de las necesidades especiales de insumos							
En caso de presentar dificultades para asistir a la consulta programada deberá informar oportunamente al Supervisor del Contrato y garantizar la reprogramación de la Agenda.	SI	No se reprogramó ninguna agenda durante el mes en mención	cumplimiento del 100% de las agendas, no se reprogramó ninguna agenda							
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.	SI	Participé activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.	Corrección de errores en el diligenciamiento de HC producto de la sugerencia de la auditoría interna							
Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.	SI	Cumplí e hice cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.	Uso completo de barreras de bioseguridad, envío de referencias y contrareferencias en los casos necesarios							
Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	SI	Di un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	trato humanizado a todos los usuarios, colaboradores y sus familias							
Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón.	SI	Participé en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón que estaban dentro del horario de mi agenda	participación activa dentro de las actividades realizadas por la subred que se encontraban dentro de mi horario de agenda							
Reportar en forma oportuna al líder del proceso ambulatorio intramural y Subgerencia de Servicios de Salud, los eventos adversos que se presenta en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	SI	No se reportaron eventos adversos en la atención porque no existieron.	NINGUNO							

Participar activamente en la programación de actividades de su especialidad a las que sea convocado.	SI	No se programaron actividades de la especialidad este mes.	NINGUNO
Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas que la regulan.	SI	Realicé la referencia y contrarreferencia cuando se requirió dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas regulatorias	se realizó diligenciamiento claro de la historia clínica y sus anexos con las exigencias requeridas
Presentación de cuenta de cobro acompañada de informe de actividades (No. Consultas realizadas, procedimientos realizados y procedimientos cancelados) copia de RIPS, factura de pago de la consulta externa y soportes de pagos de parafiscales.	SI	Presenté la cuenta de cobro del mes correspondiente con el soporte de pago de parafiscales y envíe la relación de pacientes atendidos con número de documento, factura, procedimiento realizado y costo de procedimiento. Se envió correo a auditora interna para la revisión del 100% de las historias previo a pasar cuenta de cobro.	cuenta de cobro, relación de pacientes atendidos con procedimientos realizados y costos de los mismos, informe de actividades
Realizar seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo y presentar dentro de los 10 días siguientes el plan de mejoramiento que sea requerido.	SI	se realizó revisión del contrato sin ajustes o planes de mejoramiento	NINGUNO
Colaborar con el hospital en el desarrollo de los convenios docencia-servicio, que se tengan suscritos y que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de cirugía.	NO	NO APLICA	NO APLICA
Velar por el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad, así como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos.	SI	Estuve atento por el adecuado funcionamiento de los equipos del consultorio y reporte las fallas de los mismo	Por medio de la adecuada manipulación de los equipos odontológicos se da un correcto uso de los mismo y se reportan las fallas cuando se presentan
Participar en la capacitación del personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos propios de su especialidad, tendiente a establecer las causas y soluciones a los problemas de salud.	SI	se realiza continua capacitación de las auxiliares en cuanto a la asistencia técnica en el área de cirugía oral	capacitación constante a las auxiliares en lo referente al manejo en cirugía oral menor
Cumplir con los estándares de Acreditación que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución.	SI	Cumpli con los estándares de Acreditación que le aplican a mi especialidad	por medio de la consulta odontológica se realizó el ejercicio odontológico especializado usando las herramientas diagnósticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	SI	Usé adecuadamente el carnet y utilice todas las medidas de bioseguridad en mis procedimientos y consultas	se usa carnet el 100% del tiempo y el uso de bata desechable dentro del consultorio
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista.	SI	se entrego el consolidado TOTAL de pacientes atendidos durante el mes en mención y se envía correo con la relación de nombre, documento de identificación, procedimiento realizado, número de factura, valor a pagar al especialista. La auditoría interna del hospital revisa el 100% de los pacientes atendidos y avala el valor a cobrar cada mes, en caso de requerir ajustes la auditora informa y se debe hacer el ajuste del valor a cobrar sea para aumento o disminución del costo.	se entrego el consolidado de pacientes atendidos durante el mes de febrero donde se relacionan facturas, documentos y procedimientos realizados así como el costo a pagarme. El correo se envía a Dra Liliana Castiblando y Dra. Maria Claudia Mantilla con el fin de que se auditen el 100% de las historias clínicas
Hacer entrega al área de ingeniería biomédica los manuales en español de los equipos que suministre el especialista, al igual que el cronograma de mantenimiento preventivo, cronograma de calibraciones para los equipos que lo requieran, reportes de mantenimientos preventivo, reportes de mantenimiento correctivo y reportes de calibración para los equipos que requieran calibración. Todos los documentos se deben mantener actualizados y deben hacerlos llegar antes de realizar procedimiento con estos equipos, o en el momento de ingresar a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud. El incumplimiento podrá generar el no pago de cuentas de cobro o facturas."	NO	No se entregan equipos al hospital, unicamente instrumental quirúrgico que no tienen manuales.	NO APLICA
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	NO	NO APLICA	NO APLICA
OBSERVACIONES: NINGUNA			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 15.000.000 QUINCE MILLONES DE PESOS.			
 SERGIO EDUARDO LEÓN JAMES		Firma de recibido supervisor: 	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1098636393		LEON JAMES SERGIO EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	C85222-30 TORRE 2 APARTAMENTO 804	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2886105	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Días Mora	Valor		
Pensión	Salud	Planilla	Limite	Pago		11	\$1,932,900		
2018-08	365438442	8483495328	2018/08/23	2018/09/03	BANCOLOMBIA				

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$6,000,242	\$1,020,300			\$6,000,242
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$6,000,242	\$1,020,300			\$6,000,242
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$6,000,242	\$1,020,300			\$6,000,242
1	CC 1098636393	LEON SERGIO	230201	30	\$6,000,242	\$1,020,300	EP5008	30	\$6,000,242
Total Afiliados(1)					\$6,000,242	\$1,020,300			\$6,000,242

RIESGOS				CCF			PARAFISCALES		
	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Días	IBC	Aporte
		\$6,000,242	\$146,200			\$6,000,242			\$0
		\$6,000,242	\$146,200			\$6,000,242			\$0
		\$6,000,242	\$146,200			\$6,000,242			\$0
		\$6,000,242	\$146,200			\$6,000,242			\$0
		\$6,000,242	\$146,200			\$6,000,242			\$0
		\$6,000,242	\$146,200			\$6,000,242			\$0

PAGADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1098636393		LEON JAMES SERGIO EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR5222-30 TORRE 2 APARTAMENTO 804	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2886105	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco		Valor
2018-08	2018-08	365438442	8483495328	1	2018/08/23	2018/09/03	BANCOLOMBIA		\$1,932,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$1,020,300	\$8,700	\$0	\$1,029,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$146,200	\$1,300	\$0	\$147,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$750,100	\$6,300	\$0	\$756,400	
TOTAL				1	\$1,916,600	\$16,300	\$0	\$1,932,900	

PAGAADO



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 DISTITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 15-ago-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LEON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) JAIMES	NOMBRES SERGIO EDUARDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1098636393	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1098636393 D.M. 32		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 19 MES MAR AÑO 1987 PAÍS Colombia DEPTO Santander CIUDAD Bucaramanga		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 52 No 22-30 Torre 2 Apto 804 Salitre PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3007816309 EMAIL chegio600@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO Bachiller Técnico Industrial en Sistemas	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES DICIEMBRE	AÑO 2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X	ODONTOLOGO(A)	10 2009	1098636393
ES	8	X	ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	3 2015	1098636393
ES	2	X	ESPECIALISTA EN PEDAGOGIA	7 2013	

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Inglés	X				X		X		



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 ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 15-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Universidad Nacional de Colombia	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	seleonj@unal.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3165000	DÍA 2 MES 2 AÑO 2015		DÍA 3 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Docente Ocasional	Facultad de Odontología	Carrera 45 No 26-85	

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	3	6
PRIVADO	3	3
PARTICULAR	2	3
TOTAL	3	6

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SERGIO EDUARDO LEON JAIMES

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1098636393 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Carrera 52 No 22-30 Torre 2 Apto 804 Salitre

Teléfonos 3007816309 3007816309

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Luis Eduardo Leon Amaya	91216863	PADRE
Mireya Jaimes Vargas	63291928	MADRE
Oscar Javier Leon Jaimes	1098605313	HERMANO(A)
Marcela Leon Jaimes	1098774108	HERMANO(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	\$ 206.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 206.000.000,00

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
Bancolombia	AHORROS	20485812299	Centro Distrital Bogota	\$ 21.445.362,00
Itau	OTRA	006050327	Paloquemao Bogota	\$ 10.030.000,00
Bancolombia	AHORROS	29957558346	Gran Estacion Bogota	\$ 1.650,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	50C01670286	\$ 430.000.000,00
VEHICULO	DZV171	\$ 35.000.000,00



**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.



Última Actualización: 16-sep-2018

LOTE	31469499	\$ 40.000.000,00
LOTE	31469500	\$ 32.000.000,00
OTRO	consultorio	\$ 70.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco ITAU	Cuota credito Hipotecario	\$ 3.909.000,00
GM Financial	Cuota mensual Vehículo DZV171	\$ 1.650.000,00
Conjunto Belo Horizonte	Cuota Administración	\$ 270.000,00
Unidad Medica Palermo	Cuota Administración	\$ 450.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
Unidad Medica Palermo	Suplente Junta de propietarios

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
Asociación Colombiana Cirugia Oral y Maxilofacial	Miembro activo
Colegio Colombiano de Odontólogos	Colegiado

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 ECONOMICA 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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

Medellín, 24 de septiembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que SERGIO EDUARDO LEON JAIMES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098636393 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 25/09/2018

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C528840411826736299

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

24/09/2018 10:04 AM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

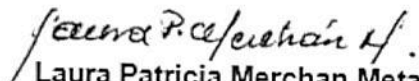
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEON JAIMES SERGIO EDUARDO** identificado(a) con **CC** número **1.098.636.393** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 14 de diciembre de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de septiembre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

20180916 10:10



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

EN SU PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD- EPS

CERTIFICA QUE

Que el (la) señor (a) SERGIO EDUARDO LEON JAIMES identificado (a) con cedula ciudadanía No. 1098636393, afiliado (a) independiente a la EPS Compensar, ha cancelado los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta Agosto de 2018. A la fecha se encuentra en estado Activo.

A continuación se relacionan los últimos aportes realizados, entre el 2018/01/01 hasta el 2018/08/31.

Número de Planilla	Fecha de Pago	Periodo de cotización	Valor IBC	Valor Pagado
8480579551	20180612	201805	\$ 5.928.242	\$ 741,100
8481138162	20180703	201806	\$ 5.093.242	\$ 636,700
8482453222	20180802	201807	\$ 7.461.242	\$ 932,700
8483495328	20180903	201808	\$ 6.000.242	\$ 750,100

Es importante tener en cuenta que para el reconocimiento económico de Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad se aplican las normas establecidas en su momento, entre otras las siguientes:

Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad expedidas antes del 03/12/2015, se valida que el aportante no se encuentre en mora (Decreto 806/1998), que haya cancelado los aportes en forma completa (treinta días por cada periodo), ininterrumpida y oportunamente (Decreto 1804/1999 y Decreto 047/2000) y que haya pagado las cotizaciones conforme a las fechas establecidas en el Decreto 1670/2007. En caso de incumplimiento, las prestaciones económicas a que tenga derecho el afiliado serán asumidas por el empleador o trabajador independiente.

Para las incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad cuya fecha de inicio sea del 03/12/2015 hasta el 05/03/2017, habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas, siempre y cuando, a la fecha de inicio se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora de acuerdo a lo establecido en el Decreto 780/2016 y haya pagado las cotizaciones conforme a las fechas establecidas en el Decreto 1670/2007.

Para las incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad cuya fecha de inicio sea 06/03/2017 en adelante, habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas, siempre y cuando, a la fecha



de inicio se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora de acuerdo a lo establecido en el Decreto 780/2016 y que haya pagado las cotizaciones conforme a las fechas establecidas en el Decreto 1990/2016.

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 17 días del mes de Septiembre de 2.018

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea 4441234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-CAR {Consecutivo}

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.636.393**

LEON JAIMES

APELLIDOS
SERGIO EDUARDO

NOMBRES
Sergio Leon

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-MAR-1987**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

20-JUN-2005 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00519473-M-1098636393-20131128 0036034144A 2 1512649737