Gobernación de Cundinamarca	LISTA DE CHEQUEO RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN CUENTAS DE COBRO	Código: A-GF-FR-079
		Versión: 2
	GESTIÓN FINANCIERA	Fecha de Aprobación: 10/sep/2024

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE

NÚMERO DE CUENTAS RADICADAS: 2/4

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: Jessel Oviedo FECHA :

PARÁMETRO	RESULTADO C	RESULTADO NC	SOPORTE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
¿El formato Recibo a Satisfación se encuentra debidamente diligenciado?	✓		FORMATO RAS - A-GC-FR-033 - VERSIÓN 4	
¿Se cuenta con el Informe de Supervisión Electrónico?	✓		FORMATO SUPERVISA - A-GC-FR-017-VERSIÓN 3	
¿Se cuenta con el soporte para evidenciar la fecha de creación del Informe de Supervisión Electrónico?	✓		PANTALLAZO DE LA FECHA DE GENERACIÓN DEL INFORME DE SUPERVISIÓN	
¿Se cuenta con el informe de actividades realizadas por el contratista correspondiente al periodo a cobrar?	✓		INFORME DE ACTIVIDADES	
¿Se cuenta con factura o cuenta de cobro a nombre del contratista?	✓		CUENTA DE COBRO O FACTURA ELECTRÓNICA	
¿Se cuenta con soporte o evidencias de las actividades realizadas por el contratista en el periodo a cobrar?	✓		SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (EVIDENCIAS)	
¿El contratista cuenta con el soporte de pago de los aportes al sistema de Seguridad Social?	✓		SOPORTE DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
¿Se cuenta con la certificación bancaria actualizada para poder realizar el pago?	✓		CERTIFICACIÓN BANCARIA ESTADO ACTIVO	
¿Se encuentra cargadada la información que evidencie el cargue de los soportes en la plataforma Secop II?	✓		PANTALLAZO SECOP	
¿El contratista anexa otro documento que es necesario para soportar la cuenta de cobro?	✓		OTROS	RUT Certificado SAP

RESULTADO
C: Cumple
NC: No cumple

08 NOV 2024

06 NOV 2024

05 NOV 2024

Funcionario responsable de realizar la entrega

Funcionario responsable de la recepción

Edgar B

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	5	11	2024		27	9	2024		31	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CPS-1187-2024	X		JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA	1015468074
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
7034184	3112268483		CR 100 50 B 45 SUR SEC 1 TO 12 APTO 202	jes_fat@hotmail.com
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	PRESTAR SOPORTE TECNICO DESDE LA CENTRAL DE COMUNICACIONES CRUE AL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, URGENCIAS Y EMERGENCIAS
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en CUATRO (4) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • DOS (2) pagos sucesivos mensuales por el valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE ($3.382.631), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días trabajados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI). El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores de la Gobernación de Cundinamarca.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-1100	NOMBRE DEL FONDO	FONPET Departamento	VALOR DEL PAGO	$ 3.382.631
PAGO N°	2 DE 4	BANCO	DAVIVIENDA		
CUENTA N°	.055048840323775O			AHORROS	

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$ 10.711.665,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 3.382.631
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 3.833.649
	TOTAL	$ 10.711.665	SALDO POR EJECUTAR	$ 6.878.016

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE RPC
25	09	2024	4600025877

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA
8	10	2024	80326590

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del Día	del Mes	del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			5	11	2024	2		1	10	2024	30	10	2024

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)										

	SUPERVISOR/INTERVENTOR	ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN	ORDENADOR DEL GASTO
NOMBRE:	LILIA MARIA CALDERON CASTRO	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	Directora CRUE	Director Administrativo y Financiero	Secretaría de Salud
FIRMA:			

Bogotá D.C., 01 de noviembre de 2024

CUENTA DE COBRO No. 2

LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

NIT 899999114-0

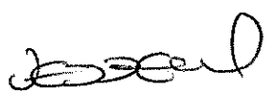
JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA

CC. 1.015.468.074

LA SUMA DE:	$ 3.382.631 (TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/DA C/TE).
POR CONCEPTO DE:	Prestación de servicios con cargo al contrato No. SS-CPS-1187-2024, correspondiente al periodo del 1 al 30 de octubre de 2024.

Favor consignar el monto a la cuenta de ahorros **DAVIVIENDA No 0550488403237750**

Cordialmente,



JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA
CC No 1.015.468.074
Dirección: CR 100 50 B 45 SUR SEC 1 TO 12 APTO 202
Celular: 3112268483

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **06/11/2024**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1015468074**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488403237750**
Fecha de apertura	**24/01/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

56

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Versión: 6
		Fecha: 11/junio/2024

FECHA: DÍA 18 MES 06 AÑO 2024 — Marcar solo una opción: 1. CREACIÓN [X] 2. ACTUALIZACIÓN [ ]

INFORMACIÓN GENERAL

SECRETARÍA: SALUD

AÑO: 2024

MES:

DATOS PERSONALES

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT No. 1015466074 DV 1

NOMBRE COMERCIAL: JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA

NIT No. 1015466074 DV 1

DIRECCIÓN FISCAL: Cra 100 # 50b 45 Sur, Sector 1 torre 12 apto 202

CIUDAD Y DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.-Bogotá D.C.

TELÉFONO: TELÉFONO CEL: 3112268483

TELÉFONO ADICIONAL:

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

ENTIDAD BANCARIA: Banco Davivienda S.A. Cód. 19

No. CUENTA BANCARIA: 510045849237753 TIPO: Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquiere la obligación contractual

Radicar al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

RÉGIMEN:

AUTORRETENEDOR RENTA: No.

La información de dependiente económico solicitar diligenciar la persona natural si le aplica

¿CUAL?

GRAN CONTRIBUYENTE: No. RESOLUCIÓN: AUTORRETENEDOR RENTA: No. RESOLUCIÓN:

AUTORRETENEDOR IVA: No. RESOLUCIÓN: AUTORRETENEDOR ICA: No. RESOLUCIÓN:

ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO: OTRA: ¿CUAL?

ACTIVIDAD ECONÓMICA

PRINCIPAL: 86991 Otras actividades de atención de la salud humana (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades o instituciones prometerías y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en

SECUNDARIA:

TARIFA ICA

PRINCIPAL: CIIU 86991 9.66 x 1000

SECUNDARIA:

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluida en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, le dieses ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad de orden territorial domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 No. 51 - 53, identificada con el NIT. 899.999.114-8 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co

ANEXOS

1. Fotocopia del documento de identidad — Si
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN — Si
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autorretenedor de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa — Si

Los formatos deben estar totalmente legibles

FIRMA

JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

1015466074
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACION A SER DILIGENCIADA POR GCUN

CLASE DE TERCERO: ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS

TIPO DE CONCEPTO: 2401010012 Bienes y servicios Salud ¿CUAL?

TIPO DE OPERACIÓN: K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales

CENTRO DE COSTO: Y Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

RENTA: TARIFA 1: RH13 Rel. >95 hasta 150 19% Ley 2010 de 12-19

TARIFA 2:

TARIFA 3:

ICA: TARIFA 1: I505 Rel. ICA Otr Demás Activ Tivos 9.66 x 1000

TARIFA 2:

TARIFA 3:

RETENCIÓN IVA: R05 Retenc aplicable a compras 15%

R07 Retenc aplicado a servicios 15%

No aplica

TARIFA 1:

No aplica

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 4
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 20/09/2024

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CPS-1187-2024	
Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 2	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 01.10.2024 hasta el 30.10.2024	
Fecha en la que se rinde en informe :	05.11.2024

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO	
Contratista:	JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA
NIT / C.C.:	1015468074
Supervisor:	LILIA MARIA CALDERON CASTRO
Cargo:	TÉCNICO OPERATIVO
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR SOPORTE TECNICO DESDE LA CENTRAL DE COMUNICACIONES CRUE AL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, URGENCIAS Y EMERGENCIAS.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	20.09.2024
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	27.09.2024
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100055421
Registro Presupuestal	4600025877
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$10,711,665
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Valor Total del Contrato	$10,711,665
Plazo de Ejecución Inicial	3 MESES Y 5 DIAS
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	3 MESES Y 5 DIAS
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	31.12.2024
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	N/A
Garantía de Cumplimiento	N/A
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

05 NOV 2024

Porcentaje de avance: 50%

1. Apoyar en la asignación de códigos de notificación a la población no asegurada de manera oportuna, ingresando los datos en las herramientas dispuestas por el Centro
Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUE, generando bases de datos con criterio de calidad y hacer un reporte quincenal durante el periodo. 2. Apoyar y orientar a las IPS públicas y privadas de acuerdo a la red prestadora de servicios de salud de cada EPS y a la población pobre sin afiliación para el proceso de referencia y contrarreferencia, ingresando los datos en el sistema de información o plataforma definida por el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUE, y reportar mensualmente en el formato de gestión durante el periodo, identificando los casos de accidentes de transito e ingresando la información en el sistema o plataforma destinada para tal fin. 3. Operar la consola y equipos de comunicaciones; recibir y registrar notificaciones e informar oportunamente daños eventuales en su

funcionamiento. 4. Apoyar el proceso de referencia y contrarreferencia en situaciones de emergencias y desastres en el Departamento con su respectivo seguimiento y reportar la emergencia cuando esta se presente, en el sistema de información o plataforma definida por el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUE, para tal fin y hacer reporte quincenal durante el periodo. 5. Apoyar y realizar asistencia técnica o capacitaciones en los temas asignados, a las diferentes instituciones de salud, o entidades que lo requieran. 6. Realizar las actividades requeridas para el avance, mantenimiento, soporte, operación y mejora del Modelo de Planeación y Gestión – MPG, del modelo Sistema Integral de Gestión y Control SIGC, el Sistema de gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo SGSST y cumplir con las actividades necesarias a fin de mantener actualizada la información laboral y presentación de la declaración de bienes y rentas (SIGEP) de conformidad con los plazos establecidos por la Secretaria de la Función Pública.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

LILIA MARIA CALDERON CASTRO
TÉCNICO OPERATIVO

Bogotá, D.C., 01 de noviembre de 2024

Doctora
LILIA MARIA CALDERON CASTRO
Supervisora del Contrato SS-CPS-1187-2024
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de Cundinamarca

Asunto: Informe relato al supervisor – Contrato SS-CPS-1187-2024.

Apreciada Doctora:

De conformidad a la normativa que comprende el trámite de suscribir mi cuenta de cobro, me permito presentarle el siguiente informe, el cual relata las actividades que se desarrollando en el periodo del **1 de octubre al 30 de octubre de 2024.**

En el marco de presentar mis servicios de apoyo a la gestión en la regulación de la atención de urgencias de la población pobre no afiliada, así como la coordinación del proceso de referencia y contra referencia en situaciones de urgencias, emergencias y desastres, a continuación, presento la información recopilada desde mis actividades para las diferentes bases del CRUE como lo son Radicados, Traslados Priorizados, Remisiones Radicados, remisiones EAPB e Incidentes.

OBLIGACIONES (Las estipuladas como especificas en la minuta del contrato)	**ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el mes referente a la obligación)	**PRODUCTOS** (Con respecto a la actividad desarrollada.)
1. Apoyar en la asignación de códigos de notificación a la población no asegurada de manera oportuna, ingresando los datos en las herramientas dispuestas por el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUE, generando bases de datos con criterio de calidad y hacer un reporte quincenal durante el periodo.	**Número de radicados en el periodo:** 565 pacientes **Número de radicados:** 68 pacientes Una de nuestras responsabilidades es velar porque aquellos usuarios que no tengan seguridad social en salud, población pobre, sean atendidos de manera rápida y adecuada, bajo el soporte económico de la Secretaría de Salud del Departamento. Para llevar a cabo esta función, recibimos a través de nuestros canales de comunicación, teléfono fijo, celular,	Base de datos denominada radicados Base de datos denominada Apoyos EAPB

	radio y mail, las diferentes solicitudes de las diferentes instituciones de salud de los municipios de Cundinamarca, mas todas aquellas de las IPS's que prestan servicios de salud a lo largo de la geografía Colombiana. Recurriendo a nuestras bases de datos facilitadas por el Ministerio de Salud, así como por Cundinamarca y Bogotá, se evalúan los derechos de cada paciente, y se da respuesta rápida, asignando un radicado, para que este se atendido.	
2. Apoyar y orientar a las IPS públicas y privadas de acuerdo a la red prestadora de servicios de salud de cada EPS y a la población pobre sin afiliación para el proceso de referencia y contrarreferencia, ingresando los datos en el sistema de información o plataforma definida por el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUE, y reportar mensualmente en el formato de gestión durante el periodo, identificando los casos de accidentes de tránsito e ingresando la información en el sistema o plataforma destinada para tal fin.	**Número de apoyos a remisiones radicados en el periodo:** 239 pacientes **Número de seguimientos por médico:** 0 pacientes En vista de la dificultad de algunos centros de atención para la ubicación de pacientes, con patologías de mediana ó alta complejidad, en algunas ocasiones se requiere la intervención del CRUE, para su ubicación, de tal forma que se eviten complicaciones propias del progreso de la enfermedad.	Base de datos radicados remisiones
3. Operar la consola y equipos de comunicaciones; recibir y registrar notificaciones e informar oportunamente daños eventuales en su funcionamiento.	Se realiza permanentemente seguimiento de los diferentes eventos y se informa, 3 veces al día, sobre los eventos relevantes que comprometen la salud de las personas, de manera masiva, en el Departamento de Cundinamarca.	Cronograma de turnos

4. Apoyar el proceso de referencia y contrarreferencia en situaciones de emergencias y desastres en el Departamento con su respectivo seguimiento y reportar la emergencia cuando esta se presente, en el sistema de información o plataforma definida por el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUE, para tal fin y hacer reporte quincenal durante el periodo.	**Número de emergencias coordinadas en el periodo**: 134 **Número de emergencias coordinadas en el periodo:** 0 emergencias Una de nuestras funciones más importantes, es el soporte y seguimiento que se brinda en el caso de eventos de alto impacto en la salud de personas expuestas, que se ven involucrados en accidentes o circunstancias, en donde hay exposición masiva a elementos que ponen en juego su integridad. Para esta labor se cuenta con la colaboración de la ciudadanía, así como de los grupos de socorro, que están atentos a este tipo de calamidades. En el CRUE hacemos toda la gestión de soporte, desde la disposición de unidades de apoyo, hasta la ubicación de los pacientes en los centros de salud más idóneos para responder a sus necesidades, y el posterior seguimiento. De todas estas actividades se deja un registro pormenorizado, además de informarse al director del CRUE y al Ministerio de salud.	Base de datos incidentes
5. Apoyar y realizar asistencia técnica o capacitaciones en los temas asignados, a las diferentes instituciones de salud, o entidades que lo requieran.	Durante el presente informe no se presentaron apoyos a las capacitaciones	No se tienen soportes pues no se realizaron actividades de capacitación
6. Realizar las actividades requeridas para el avance, mantenimiento, soporte, operación y mejora del	Durante el presente informe no se realizaron actividades en el Modelo de Planeación y Gestión – MPG	No se tienen soportes pues no se realizaron actividades de Modelo

Modelo de Planeación y Gestión – MPG, del modelo Sistema Integral de Gestión y Control SIGC, el Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo SGSST y cumplir con las actividades necesarias a fin de mantener actualizada la información laboral y presentación de la declaración de bienes y rentas (SIGEP) de conformidad con los plazos establecidos por la Secretaria de la Función Pública.		de Planeación y Gestión – MPG

Agradezco su atención,

JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA
CONTRATISTA
CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES - CRUE

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015468074	JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA	Carrera 100 # 50 b 45 sur	8034184	jtorjuela@fucsalud.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-09	2024-09	1	08/10/2024	80326590	TOTAL A PAGAR	
					$396.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	396.500	396.500

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015468074	JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA		Carrera 100 # 50 b 45 suc	8034184	jtorjuela@fucsalud.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	08/10/2024	80326598	5396 500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Tipo cot	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1015468074	ORJUELA VILLARRAGA JESSEL TATIANA	3	0		1	21																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500		0		0	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 01 de noviembre de 2024

Señores:
SECRETARIA DE SALUD
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
E.S.M.

Asunto: Declaración Juramentada

Yo, Jessel Tatiana Orjuela Villarraga, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.015.468.074 de Bogotá D.C., declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la Secretaria de Salud de Cundinamarca que **SI** __ **NO X** tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.
- Igualmente declaro que pago los aportes Parafiscales correspondientes al valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de 2016.

Cordialmente,

JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA
C.C. No. 1.015.468.074 expedida en Bogotá D.C.

Señale con una X y complete

- Certificar que su patrimonio a **diciembre 31 de 2023** fueron superiores a 4.500 UVT es decir **$190.854.000** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI ____ NO __X__
- Certificar que sus ingresos fiscales a **diciembre 31 de 2023** fueron superiores a 1.400 UVT es decir **$59.376.800** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI ____ NO __X__
- Interés y corrección monetaria (vivienda y/o Leasing habitacional) $__NO __
- Deducciones por salud por contratos de medicina prepagada o seguros de salud para el trabajador, su cónyuge, sus hijos o dependientes $ _____NO _____

10% de los ingresos por concepto de dependientes:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024**. $ ___NO _____
- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural, se encuentre financiando su educación en instrucciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente (adjuntar certificado de educación con valor de matrícula **2024**). NO__
- Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024**. $___NO _____
- El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT , certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024**. $___NO_____
- Los padres y los hermanos de contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024** $__NO _____

Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos	**Parentesco**

- Deducción por aportes de salud de acuerdo con la Ley $396.400
- Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. $507.400
- Rentan exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT $ _____

Tarifa de retención mayor según parágrafo 2 Artículo 384 E.T ___NO ___

Señale con una X su condición de declarante

DECLARANTE SI _X_ NO __

Bajo gravedad de juramento manifiesto que todo lo señalo anteriormente es verdadero y para efecto firmo este documento.

FIRMA _____

NOMBRES Y APELLIDOS JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA

CEDULA 1.015.468.074

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141116219715

(415)7707212489984(8020) 000014111621971 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
1 0 1 5 4 6 8 0 7 4	1	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 5 4 6 8 0 7 4	

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
ORJUELA	VILLARRAGA	JESSEL	TATIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

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 100 50 B 45 SUR SEC 1 TO 12

42. Correo electrónico: jes_tat@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 0	7 0 3 4 1 8 4	3 1 1 2 2 6 8 4 8 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 6 0 5 0 5						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49. No responsable de IVA

Usuarios 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: 2024 - 08 - 17 / 15 : 48: 04

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ORJUELA VILLARRAGA JESSEL TATIANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 17-08-2024 03:47:47PM

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE