Bogotá D.C., 1 SEPTIEMBRE DE 2025

CUENTA DE COBRO No. 5

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-CD-PSA-526-2025, correspondiente al periodo del 1 al 31 de AGOSTO de 2025.

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

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **29/08/2025**
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

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
		Versión 8
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Fecha 09/diciembre/2024

FECHA: DÍA 07 | MES 03 | AÑO 2025 — Marcar sólo una opción — **1. CREACIÓN** [ ] — **2. ACTUALIZACIÓN** [X]

INFORMACIÓN GENERAL

3. SECRETARÍA / ENTIDAD	Salud
¿CUAL?	
4. CONTRATO O T.	SS-CD-PSA- AÑO 2025
5. CONVENIO	AÑO

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZON SOCIAL	JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA
7. IDENTIFICACIÓN RUT	NIT No. 1015468074 DV 1
8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL	JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía No. 1015468074 DV 1
10. DIRECCION PRINCIPAL	Cra 100 # 50b 45 Sur. Sector 1 torre 12 apto 202
11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	Bogotá D.C.-Bogotá D.C.
12. TELÉFONO	13. CELULAR 3112268483
Indicativo	
14. CORREO ELECTRÓNICO	

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Banco Davivienda S.A. Cód. 1051
Si selecciona "Otra Entidad", por favor especifique ¿Cuál?	
16. No CUENTA BANCARIA	055048403237750 — 17. TIPO: Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquiere la obligación contractual
Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

18. PERSONA	Natural
19. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO	No aplica No.
La información de dependiente económico sólo lo diligencia la persona natural, si le aplica.	
20. NATURALEZA	Privada ¿CUAL?
21. REGIMEN TRIBUTARIO IVA	No Responsable de IVA
22. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE	GRAN CONTRIBUYENTE [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR RENTA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]
	AUTORRETENEDOR IVA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR ICA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]
	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ] ¿CUAL?
23. ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL: 86991 Otras actividades de atención de la salud humana (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en Salud.)
	SECUNDARIA
24. TARIFA RETEICA	PRINCIPAL: CIIU 86991 9.66 x 1000
	SECUNDARIA

AUTORIZACIÓN 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 incluido 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, si desea ejercer sus derechos de conocer, autorizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 N° 51 - 53, identificada con el NIT 899.999.114-0 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)	No
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)	No
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria donde conste que la cuenta se encuentra activa	Si

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

1015468074
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

25. RAMO	ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS
26. CUENTA ASOCIADA	2401010012 Bienes y servicios Salud ¿CUAL?
27. GRUPO DE TESORERIA	K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales
28. VIAS DE PAGO	Y Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

29. RETEFUENTE	TARIFA 1: RJ07 Servicios en General (No contribuyentes de renta) 6%
	TARIFA 2
	TARIFA 3
30. ICA	TARIFA 1: IS05 Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9.66 x 1000
	TARIFA 2
	TARIFA 3
31. RETENCIÓN DE IVA	RI06 Reteiva aplicable a compras 15%
	RI07 Reteiva aplicable a servicios 15%
32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL	TARIFA 1
33. ESTAMPILLAS	
34. TASAS	DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5%

FECHA: DÍA 14 | MES 03 | AÑO 2025

PROCESADO POR: EDGAR A. BUITRAGO PUENTES

REVISADO POR:

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO Nº SS-CD-PSA-526-2025

Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 5	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 01.08.2025 hasta el 31.08.2025	
Fecha en la que se rinde el informe :	02.09.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA
NIT / C.C.:	1015468074
Supervisor:	LILIA MARIA CALDERON CASTRO
Cargo:	DIRECTOR OPERATIVO
Objeto del Contrato o Convenio:	BRINDAR APOYO INTEGRAL Y SOPORTE TÉCNICO ESPECIALIZADO DESDE LA CENTRAL DE COMUNICACIONES PARA LA GESTIÓN EFICIENTE DE LOS PROCESOS DE REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y ATENCIÓN DE SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD OPERATIVA, LA CALIDAD EN EL MANEJO DE INFORMACIÓN Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA REQUERIDOS.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	25.03.2025
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	01.04.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100064396
Registro Presupuestal	4600030479
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$23,678,417
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Pasivo Exigible	
Valor Total del Contrato	$23,678,417
Plazo de Ejecución Inicial	7 MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	7 MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	30.10.2025
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:

Porcentaje de avance: 70%

1. Participar 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.

03 SEP 2025

*La contratista participó en la asignación de códigos de notificación cuyo total de radicados en el periodo fue de 585 pacientes de los cuales tramitó 90 pacientes durante el periodo.
2. Colaborar 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 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.
*La contratista realizo apoyo a un total de 107 remisiones durante el periodo, de un total de 1800 radicados recibidos durante el periodo.
3. Realizar la operación de la consola y equipos de comunicaciones; recibir y registrar notificaciones e informar oportunamente daños eventuales en su funcionamiento.
*La contratista 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.
4. Colaborar con 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.
*La contratista colabora en el proceso de referencia de un total de emergencias coordinadas en el período: 192 y tramitadas en el periodo: 18 y de traslados priorizados de 419 recibidos durante el periodo realizados 35.
5. Apoyar y realizar asistencia técnica o capacitaciones en los temas asignados, a las diferentes instituciones de salud, o entidades que lo requieran.
*El contratista no realizo esta actividad durante el periodo, no hubo solicitud por parte de la Dirección.
6. Elaborar y presentar los informes solicitados de manera oportuna y con la información precisa, cumpliendo las normas de calidad, además asistiendo a las reuniones. Comités mesas de trabajo talleres, capacitaciones, convocados por las diferentes dependencia de la gobernación, secretaria de salud y la dirección del CRUE.
*La contratista elabora informes relacionados con los incidentes gestionados en conjunto con el médico de turno, los cuales son entregados de manera oportuna y con información precisa. Adicionalmente, se participa en una reunión virtual de seguimiento de tareas y comité técnico del CRUE realizados durante el periodo.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
3300140492	13.05.2025	$3,382,631
3300144452	12.06.2025	$3,382,631
3300148449	11.07.2025	$3,382,631
3300153126	15.08.2025	$3,382,631

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

NO APLICA

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

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
DIRECTOR OPERATIVO

03 SEP 2025

Bogotá, D.C., 1 SEPTIEMBRE 2025

Doctora
LILIA MARIA CALDERON CASTRO
Supervisora del Contrato SS-CD-PSA-526-2025
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de Cundinamarca

Asunto: Informe relato al supervisor – Contrato SS-CD-PSA-526-2025

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 AL 31 DE AGOSTO DEL 2025.**

En el último periodo del contrato, se realizaron ajustes a los proyectos de ambulancias y modernización, así como actualizaciones de armonización presupuestal del proyecto CRUE en las que se destacan actualizaciones por incorporaciones presupuestales. Así mismo, se realizó asistencia técnica al hospital de Cajicá en lo que respecta a la formulación de proyectos.

Por otra parte, se brindaron apoyos administrativos en la elaboración de Planes de Acción, Plan de Coherencia y Informe de focalización del mes. Así mismo, se asistió en su acompañamiento a diversas reuniones con la OPS, comités CRUE, Ministerio de Salud, sistema de calidad y demás administrativas propias de la dirección.

Se generaron back ups de las bases de datos actuales y se actualizaron los formularios en lo concerniente a los listados de trabajo.

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. Participar 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	**Número de radicados en el periodo:** 585 pacientes **Número de radicados:** 90 pacientes Garantizamos la atención oportuna de personas sin seguridad	Base de datos denominada radicados

criterio de calidad y hacer un reporte quincenal durante el periodo.	social, con apoyo de la Secretaría de Salud del Departamento. Recibimos solicitudes de IPS y entidades de salud por distintos canales, evaluamos los derechos del paciente con bases de datos oficiales y asignamos un radicado para su atención inmediata.	
2. Colaborar 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 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.	**Número de apoyos a remisiones radicados en el periodo:** 1800 pacientes **Número de seguimientos por médico:** 107 pacientes En vista de la dificultad de algunos centros de atención para la ubicación de pacientes, con patologías de mediana o 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. Realizar la operación de 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	Cronograma de turno

	Departamento de Cundinamarca.	
4. Colaborar con 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 período:** 192 **Número de emergencias coordinadas en el periodo:** 18 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	Base de datos incidentes

	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. Priorizados de 419 realizados 35	
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. Elaborar y presentar los informes solicitados de manera oportuna y con la información precisa, cumpliendo las normas de calidad, además asistiendo a las reuniones, comités mesas de trabajo talleres, capacitaciones, convocados por las diferentes dependencias de la Gobernación, Secretaria de Salud y la Dirección del CRUE.	Se elaboraron informes relacionados con los incidentes gestionados en conjunto con el médico de turno, los cuales son entregados de manera oportuna y con información precisa. Adicionalmente, se participa en una reunión virtuales	Informes de incidentes

Agradezco su atención,

JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRA
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	1015458074	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		
ÚNICA	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	
2025-07	2025-07	I	31/07/2025	88320918	$440.500	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

PAGADA

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 sur	8034184	jtorjuela@fucsalud.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	
2025-07	2025-07	I	31/07/2025	88320918	$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Bolcpo	Extranjero	Colmena exterior	Exonerado	INGRESO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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
1	CC	1015468074	ORJUELA VILLARRAGA JESSEL TATIANA	59	0			N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141165277731

(415)7707212489984(8020) 000014116527773 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
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	6 0 1 8 0 3 4 1 9 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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

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

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 04-03-2025 09:34:42AM

DOCUMENTO SIN VALIDEZ

Señale con una X y complete

- ○ Certificar que su patrimonio a **diciembre 31 de 2024** fue superiores a 4.500 UVT es decir **$ 211.792.000** 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 2024** fueron superiores a 1.400 UVT es decir **$65.891.000** 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 2025**. $ ____**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 **2025**). _**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 2025**. $____**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 2025**. $_____**NO**_____
- ○ Los padres y los hermanos de cont5ibuyente 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 2025** $_____**NO**_____

Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos	**Parentesco**
_____	_____

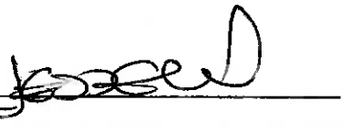
- ○ Deducción por aportes de salud de acuerdo con la Ley $ 178.000
- ○ Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. $ 227.800
- ○ Rentan exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT $ _____

Tarifa de retención mayor según parágrafo 2 Artículo 384 E.T __**NO**_____

Señale con una X su condición de declarante

DECLARANTE SI ___ NO __X__

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 1015468074

Bogotá, D.C., 1 SEPTIEMBRE de 2025

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.