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: SSC - ORNE

NÚMERO DE CUENTAS RADICADAS: 6

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: Jessel Tatiana Ojeda Villamaga **FECHA :**

PARÁMETRO	RESULTADO		SOPORTE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
	C	NC		
¿El formato Recibo a Satisfación se encuentra debidamente diligenciado?			FORMATO RAS - A-GC-FR-033 - VERSIÓN 2	
¿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	

RESULTADO
C: Cumple
NC: No cumple

Funcionario responsable de realizar la entrega Alba Lucía Ramírez Rocca

Funcionario responsable de la recepción

03 OCT 2024

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	CÓDIGO: E-GCCP-FR-033
		VERSIÓN: 06
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 04/09/2025

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 gestión contractual, sistema de compra pública, supervisión, control y procedimiento sancionatorio del Departamento de Cundinamarca.

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
	2	10	2025		1	4	2025		30	10	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	OTROS GASTOS EN SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSA-526-2025	X				JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA	1015468074

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 100 50 B 45 SUR SEC 3 T. 14	JES_TAT@HOTMAIL.COM	3112268483
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	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.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de VEINTITRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE ($23.678.417), suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARÍA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100064396 del 12 de Marzo de 2025 por valor de $24.980.725 y Concepto Precontractual N° 0000002642 de fecha 11 de Marzo de 2025 por valor de $24 980.725. La Secretaria de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en OCHO (8) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • SEIS (6) 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 de servicio efectivamente prestados 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	1-0500	NOMBRE DEL FONDO	Ingreso Corriente de Libre Destinación	VALOR DEL PAGO	$3.382.631
PAGO N°	6	DE	7	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°	488403237750				Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$23.678.417	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
			VALOR ANTICIPADO	$0
			VALOR DEL ANTICIPO	$0
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$0	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	$3.382.631
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$20.295.786
TOTAL		$23.678.417	SALDO POR EJECUTAR	$3.382.631

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
28	3	2025	4600030479

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA Y PERSONA QUE CERTIFICA
4	9	2025	89097098

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ÚLTIMO 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
	SI	X		2	10	2025	6		1	9	2025	30	9	2025
	NO													

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	LILIA MARIA CALDERON CASTRO	NOMBRE	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

Bogotá D.C., 1 OCTUBRE DE 2025

CUENTA DE COBRO No. 6

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 30 de SEPTIEMBRE 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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **30/09/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

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

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488403237750**
Fecha de apertura	**24/01/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

Banco Davivienda S.A.

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. SECRETARIA / 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. IDENTIFICACION 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. TELEFONO (Indicativo)	13. CELULAR 3112268483
14. CORREO ELECTRÓNICO	

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

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

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió 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 ECONOMICO	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 [ ] ¿CUÁL?
23. ACTIVIDAD ECONOMICA	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 Nº 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. RETENCION DE IVA	RI05 Reteiva aplicable a compras 15%
	RI07 Reteiva aplicable a servicios 15%
32. CONTRIBUCION 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 N° SS-CD-PSA-526-2025	
Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 6	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 01.09.2025 hasta el 30.09.2025	
Fecha en la que se rinde el informe :	02.10.2025

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: 84%

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.

* La contratista participó en la asignación de códigos de notificación cuyo total de radicados en el periodo fue de 624 pacientes de los cuales tramitó 76 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 tránsito e ingresando la información en el sistema o plataforma destinada para tal fin.

*La contratista realizo apoyo a un total de 12 remisiones durante el periodo, de un total de 195 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 12 emergencias de un total de 169 reportadas durante el periodo. y apoyó en la realización de 16 traslados priorizados de 407 recibidos 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.

* La 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 dependencias 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
3300156014	09.09.2025	$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

Bogotá, D.C., 1 OCTUBRE 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 30 DE SEPTIEMBRE 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:** 624 pacientes **Número de radicados:** 76 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:** 195 pacientes **Número de seguimientos por médico:** 12 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:** 169 **Número de emergencias coordinadas en el periodo:** 12 emergencias Una de nuestras funciones mas 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 407 realizados 16	
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

Hoja 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015[illegible]74	JESIBEL TATIANA CRUELA VILLARRAGA	Carrera 139 # 58 b 48 Sur	8684184	jesycrue@hotmail.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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	1	04/09/2025	89097284	$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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1115496074	JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA	Carrera 100 # 56 b 46 int	8834184	jtary.ota@ducasalud.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Principiante			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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-08	2025-08	I	04/09/2025	89067088	TOTAL A PAGAR	
					$4## 5##	

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | |

DIAN

Formulario de Registro Unico 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				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
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										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 Unico 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 09:34:42 AM

DOCUMENTO SIN COSTO

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**
_____	_____

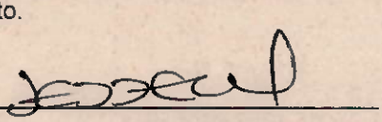
- ○ Deducción por aportes de salud de acuerdo con la Ley $ 178.000
- ○ Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. $ 227 800
- ○ Rentan exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT $ _____

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 OCTUBRE 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.