SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JARRISSON FELIPE CASALLAS ALFARO**			**CC:**	**79898677**
CORREO ELECTRÓNICO:	**jarrison.casallas@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3138296813**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 102 154 30**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**20565994250**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6233 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.000.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/09/04**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

JARRISSON FELIPE CASALLAS ALFARO
PS_6233_2025_B42B95

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JARRISSON FELIPE CASALLAS ALFARO
CC: 79898677
CEL: 3138296813

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
JARRISSON FELIPE CASALLAS ALFARO			
	CON C.C N°	**79.898.677**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA LA RESOLUCI?N 00001008 2025 JOVENES EN PAZ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCI?N SOCIAL		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 6233 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/09/04**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.200.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.600.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.000.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Gestión de recursos, materiales para el desarrollo del proyecto Jóvenes en paz.
2	Gestión interinstitucional con el Centro Forjar de la localidad Rafael Uribe Uribe, enfocada a la articulación de acciones en beneficio de la población juvenil
3	Gestión interinstitucional con el Centro Proteger La María, orientada a dar a conocer el programa joven en Paz-ESJ para la vinculación de potencial beneficiarios(as)
4	Participación en capacitación virtual sobre el Modelo de atención y gestión del riesgo en salud, desarrollada por Famisanar
5	Gestiones Interinstitucionales para la ampliación de la cobertura y vinculación de la población objetivo al programa Jóvenes en paz-ESJ (Casa de la Igualdad y oportunidad de San Cristóbal, Centro Felicidad de San Cristóbal, Secretaria de la Mujer - Programa Manzana del cuidado)
6	Identificación de necesidades, canalización y orientación a la población juvenil en situación de vulnerabilidad con enfoque de promoción y prevención en salud dirigido a la población del Centro Forjar (Localidad 18) en Bogotá D.C.
7	Aplicación de pruebas en salud mental a la población con población juvenil en el Centro Forjar de la Localidad Rafael Uribe Uribe
8	Articulación con funcionarios del Ministerio de la Igualdad y Equidad y el ESJ vinculado a la Subred Centro Oriente ESE orientado a la ampliación de la cobertura de la población objetivo al Programa Jóvenes en paz.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9492607789/9493230644	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/14	$ 227.800

RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*JARRISSON FELIPE CASALLAS ALFARO* *PS_6233_2025_B42B95* **JARRISSON FELIPE CASALLAS ALFARO** **CC: 79898677**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LILIANA TELLEZ VALBUENA* *PS_6233_2025_B42B95* **LILIANA TELLEZ VALBUENA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6233_2025_B42B95* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**