GOBERNACIÃ N DE SANTANDER

Nit : 890201235-6

CLL 37 10 30 Palacio Amarillo

Autorización Numeración DIAN 18764059522728 Noviembre 08 de 2023

Rango autorizado prefijo DSAC No 58338 al 100000 vigencia 12 meses

Documento Soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

Número	**DSAC-67721**

Ciudad y fecha de operación **Bucaramanga, Agosto 22 de 2024**

Apellidos y nombre o razón social del vendedor o de quien presta el servicio: **IVAN DARIO PINZON CASTELLANOS**

Nit del vendedor o de quien presta el servicio: **13748120-4**

Datos de contacto: **Celular: 3024709277** **Email: pinzoncastellanosivan@gmail.com**

CONCEPTO	VALOR PARCIAL	VALOR TOTAL
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES 202400001004 - CO1.PCCNTR.6383676, APOYAR LA ASISTENCIA TÉCNICA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA INTERSECTORIALIDAD EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO COMPROMISO POR LAS ACCIONES DE LA DIMENSIÓN DE CONVIVENCIA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN SANTANDER. PERIODO DE PAGO: 2024-06-04 - 2024-07-03		4,750,000.00
	TOTAL	**4,750,000.00**

Generó: DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N° 1

TIPO DE CONTRATO:	**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6383676 del 29 de mayo de 2024
CONTRATISTA:	**IVAN DARIO PINZON CASTELLANOS**
Nit o C.C. No.	13748120
OBJETO:	APOYAR LA ASISTENCIA TÉCNICA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA INTERSECTORIALIDAD EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO COMPROMISO POR LAS ACCIONES DE LA DIMENSIÓN DE CONVIVENCIA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN SANTANDER.
VALOR INICIAL:	$19,000,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
PLAZO INICIAL:	CUATRO (4) - MESES
PLAZO ADICIONAL:	
SUPERVISOR:	**AMATH SANDRA MILENA OLIVEROS TARAZONA**
Acto Administrativo de Supervisión:	29 DE MAYO DE 2024
INTERVENTOR:	
Acto Administrativo de Interventoría:	
FECHA DE INICIACIÓN:	04 de junio de 2024

ACTAS DE SUSPENSIÓN

ACTAS DE REINICIO

FECHA DE TERMINACIÓN:	03 de octubre de 2024

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	**$ 4,750,000.00**	**Cobros realizados:** (incluyendo el actual)	**N° 1**	**de**	**4**

Periodo de Pago:	**Desde:**	**04/06/2024**	**Hasta:**	**03/07/2024**

DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SÓLO SI LA OFICINA GESTORA ES LA SECRETARÍA DE SALUD:

VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL / FINAL	N° 1	$ 4,750,000.00

MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	$
MENOS AMORTIZACIÓN DE ANTICIPO XX%	0.00
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$ 4,750,000.00**

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
1.	Presentar al supervisor del contrato, cronograma mensual antes de iniciar actividades donde se especifique las acciones programadas en los municipios, el cual puede estar sujeto a cambios según requiera, debe tener disposición de evidencias de manera clara y concreta con los respectivos soportes y registros (Circular de invitación a los espacios, actas, lista de asistencia, registro fotográfico) de la ejecución de cada una de las obligaciones de acuerdo a los municipios asignados enmarcados en el objeto del presente contrato. Producto: Plan de acción y cronograma mensual de intervención. Mínimo doce horas por municipio. Presentar los cinco primeros días de cada mes las actividades a desarrollar por municipio para el cumplimiento de las obligaciones el cual deberá ser concertado y aprobado por el supervisor del contrato.	Se presentó al supervisor plan de acción y cronograma de actividades mensuales.	Anexo No,1 Documento en digital
2.	Asistencia técnica mensual a cada uno de los cinco municipios	Se desarrollaron actividades sobre rehabilitación basada en comunidad habilidades para la vida en cada uno de los cinco municipios con variados grupos poblacionales que se evidencian en actas de	Anexo No, 1 Carpeta de soportes en Físico

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	asignados, realizando actividades de capacitación y fortalecimiento de capacidades concertadas con la secretaria de salud municipales, enmarcadas en los documentos y lineamientos técnicos: Resolución 518 del 215, Resolución 3280 de 2018 y en las Políticas Nacionales de Salud Mental y Drogas. Capacitarlos en los temas de primeros auxilios emocionales, implementación de habilidades para la vida, Rehabilitación Basada en Comunidad en salud mental, Zonas de orientación Escolar, Educación en Salud mental, Fortalecimiento de redes. **Producto:** Circular de Invitación a los espacios de capacitación, Acta de concertación con cada municipio para la priorización de la actividad, especificando las temáticas abordadas y la población objetivo. Ficha técnica, formato abalado por calidad para la dimensión de convivencia social y salud mental de las jornadas de capacitación por	concertación con administraciones municipales, Informes técnicos, listas de asistencia y registros fotográficos.	

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	entorno. Lista de asistencias, registros fotográficos y consentimiento informado según el caso. Los espacios con cada uno de los municipios deben contar con una población objetivo mínimo de 15 personas en cada intervención y un total de 12 horas de intervención por municipio mensualmente. De igual manera se debe realizar el cargue mensual de evidencias de las actividades desarrolladas en los municipios asignados, en las plataformas indicadas por el supervisor.		
3.	Desarrollar una estrategia comunicativa para la conmemoración de los días de: Prevención de suicidio, prevención del consumo de SPA y promoción de la Salud mental en cada uno de los municipios asignados, con participación intersectorial de la comunidad en general. **Producto:** Informe escrito de la estrategia desarrollada, entrega de material visual , videos – flayer, piezas gráficas y auditivas) para públicas en redes	Se desarrolló un material audiovisual que se socializo con los líderes de cada uno de los municipios.	Anexo No, 1 Material audiovisual

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	sociales e Institucionales.		

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales.

MUNICIPIO DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES (ICA):

a) Relacione a continuación el o los Municipios donde se ejecutaron las actividades contractuales.
b) Relacione el código de Actividad Económica DIAN el cual encontrará en su RUT. Recuerde que debe tener relación con su objeto contractual.
c) Relacione el código de la Actividad Económica MUNICIPAL del Impuesto de Industria y Comercio según la normatividad de cada municipio.
d) Para aquellos contratos que tienen ejecución en más de un municipio deberá distribuir el valor de la presente cuenta de acuerdo a los porcentajes según la normatividad vigentes en cada municipio.

MUNICIPIO	ACTIVIDAD ECONOMICA DIAN		ACTIVIDAD ECONOMICA MUNICIPAL		VALOR COBRADO
(DONDE EJECUTA SUS ACTIVIDADES)	CODIGO CIIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	CODIGO CIIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	EN ESTA CUENTA
Simacota	7220	Promoción de la salud mental	7220	Promoción de la salud mental	$ 4,750,000.00

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS: En calidad de contratista, declaro bajo la gravedad de juramento, en cumplimiento de lo establecido en el Estatuto Tributario Nacional, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, para gestionar el respectivo pago. (Recuerde que, las normas que regulan la retención en la fuente en materia tributaria y deducción de dichos aportes no han sido objeto de modificación, por lo tanto, si requiere bajar la base de retención en la fuente, las planillas deberán corresponder al periodo cobrado).

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	MES Y AÑO	Junio
	Fecha de pago	DIA-MES-AÑO	2024/07/25
	Nº de Planilla	No. PLANILLA	9470399481
	Ingreso Base de Cotización	Valor base	$1,710,000
	Valor cotizado	Valor pagado	$217,100
	EPS	Entidad afiliada	sanitas
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	MES Y AÑO	Junio
	Fecha de pago	DIA-MES-AÑO	2024/07/25
	Nº de Planilla	No. PLANILLA	9470399481
	Ingreso Base de Cotización	Valor base	$1,710,000
	Valor cotizado	Valor pagado	$277, 800
	Fondo de Pensiones	Entidad afiliada	Colfondos
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	MES Y AÑO	Junio
	Fecha de pago	DIA-MES-AÑO	2024/07/25
	Nº de Planilla	No. PLANILLA	9470399481
	Ingreso Base de Cotización	Valor base	$1,710,000
	Valor cotizado	Valor pagado	$42,400
	A.R.L.	Entidad afiliada	Positiva
PARAFISCALES	SENA	No Aplica	No Aplica
	I.C.B.F.	No Aplica	No Aplica
	Caja de Compensación	No Aplica	No Aplica

Se firma para trámite de pago, a los dieciseis (16) días del mes de agosto de 2024



Firma del Contratista
NOMBRE: IVAN DARIO PINZON CASTELLANOS
IDENTIFICACION No. 13748120
CORREO: Pinzoncastellanosivan@gmail.com
TELEFONO DE CONTACTO:

ANEXOS CUENTA N. 1	
Nombre: IVAN DARIO PINZON CASTELLANOS	**Supervisora: AMATH SANDRA MILENA OLIVEROS TARAZONA**
No. de Contrato:	**Dependencia:** CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
Objeto: "Apoyar la asistencia técnica y en fortalecimiento de la intersectorial dad en salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas"	

Actividad contractual	**Actividad detallada**	**Tiempo**	**Evidencias**
Presentar al supervisor del contrato, cronograma mensual antes de iniciar actividades donde se especifique las acciones programadas en los municipios, el cual puede estar sujeto a cambios según requiera, debe tener disposición de evidencias de manera clara y concreta con los respectivos soportes y registros (Circular de invitación a los espacios, actas, lista de asistencia, registro fotográfico) de la ejecución de cada una de las obligaciones de acuerdo a los municipios asignados enmarcados en el objeto del presente contrato. Producto: Plan de acción y cronograma mensual de intervención. Mínimo doce horas por municipio. Presentar los cinco primeros días de cada mes las actividades a desarrollar por municipio para el cumplimiento de las obligaciones el cual deberá ser concertado y aprobado por el supervisor del contrato.	Se realiza el Plan de acción y el cronograma en formatos aportados por la señora supervisora y se hace entrega con el respectivo informe en la fecha indicada.	Del 4 de Junio al 3 Julio	El presente plan de acción entregado. Cronograma entregado
Asistencia técnica mensual a cada uno de los cinco municipios asignados, realizando actividades de capacitación y fortalecimiento de capacidades concertadas con la secretaria de salud municipales, enmarcadas en los documentos y lineamientos técnicos: Resolución 518 del 215, Resolución 3280 de 2018 y en las Políticas Nacionales de Salud Mental y Drogas. Capacitarlos en los temas de primeros auxilios emocionales, implementación de habilidades para la vida, Rehabilitación Basada en Comunidad	Por direccionamiento de la supervisora y el periodo de 4 meses se indica el trabajo de dos estrategias: 1. HABILIDADES PARA LA VIDA y REHABILITACION BASADA EN COMUNIDAD. En tal sentido, se acordó con los secretarios de salud municipal	Del 4 de Junio al 3 Julio	Acta de concertación con cada municipio para la priorización de la actividad especificando las temáticas abordadas y la población objetivo. Anexo actas firmadas. Fichas técnicas

en salud mental, Zonas de orientación Escolar, Educación en Salud mental, Fortalecimiento de redes. **Producto:** Circular de Invitación a los espacios de capacitación, Acta de concertación con cada municipio para la priorización de la actividad, especificando las temáticas abordadas y la población objetivo. Ficha técnica, formato abalado por calidad para la dimensión de convivencia social y salud mental de las jornadas de capacitación por entorno. Lista de asistencias, registros fotográficos y consentimiento informado según el caso. Los espacios con cada uno de los municipios deben contar con una población objetivo mínimo de 15 personas en cada intervención y un total de 12 horas de intervención por municipio mensualmente. De igual manera se debe realizar el cargue mensual de evidencias de las actividades desarrolladas en los municipios asignados, en las plataformas indicadas por el supervisor.	el desarrollo de las siguientes actividades. Capacitación en habilidades para la Vida, en 4 sesiones para jóvenes y adolescentes de los establecimientos educativos de cada municipio. 2. FORTALCIMEINTO DE LA SALUD MENTAL DESDE LA REHABILITACION BASADA EN COMUNIDAD (Creación grupos de apoyo y ayuda mutua), para crear un ambiente de acogida y confianza que posibilite afrontar situaciones conflictivas generadas por la sobrecarga a cuidadores y orientadores del ámbito familiar y comunitario.		formato avalado por calidad para la dimensión de convivencia social y salud mental de las jornadas de capacitación por entorno. Lista de asistencia Registros fotográficos Certificado de permanencia.
Desarrollar una estrategia comunicativa para la conmemoración de los días de: Prevención de suicidio, prevención del consumo de SPA y promoción de la Salud mental en cada uno de los municipios asignados, con participación intersectorial de la comunidad en general. **Producto:** Informe escrito de la estrategia desarrollada, entrega de material visual , videos – flayer, piezas gráficas y auditivas) para públicas en redes sociales e Institucionales.	Conmemoración del día del consumo SPA: 26 de Junio del 2024. Dado que esta conmemoración se desarrolla dentro de los tiempos del contrato se ha proyectado una Campaña de prevención de consumo de Spa, titulada “Cuida tu cuerpo y tu mente: Tu mejor sitio de vida” para	Sensibilización a adolescentes a adolescentes y jóvenes de los municipios: Todo el mes de Junio. Construcción de material audiovisual: mes de Junio	Video remitido a supervisora

	aplicar en este periodo de tiempo. Se desarrollara de forma participativa con los adolescentes.		
Obligaciones del contratista al incluir CPS: El contratista debe contar con disposición de un equipo de cómputo portátil y todos los medios e instrumentos necesarios a efectos de realizar cabalmente y en forma oportuna las actividades contratadas. El contratista debe contar con disponibilidad de tiempo para el cumplimiento de los desplazamientos a los municipios concertados de manera anticipada y de manera presencial, según el caso. Además deberá garantizar la protección de datos de acuerdo a la Ley estatutaria 1581 del 2012 la cual deberá ser autorizada por la referente de salud mental del departamento de Santander.	Se cumplen el requerimiento pues se cuenta con equipos de cómputo y materiales para las actividades. Se garantiza la disposición plena para el desplazamiento y cumplimiento de las actividades contractuales.	Del 4 de Junio al 3 Julio	Informes realizados de las diferentes actividades.



Iván Darío Pinzón Castellanos

.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 13748120		PINZON CASTELLANOS IVAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 105 31-83	BUCARAMANGA-SANTANDER	6444444	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	56441388	9470399481	I	2024/07/05	2024/07/25	BANCO DE OCCIDENTE	20	$537,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	13748120	PINZON IVAN	231001	27	$1,710,000	$273,600	EPS005	27	$1,710,000	$213,800		0	$0	$0	14-23	27	$1,710,000	$41,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,710,000**	**$273,600**			**$1,710,000**	**$213,800**			**$0**	**$0**			**$1,710,000**	**$41,700**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$273,600	$4,200	$0	$277,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$273,600	$4,200	$0	$277,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,700	$700	$0	$42,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$41,700	$700	$0	$42,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$213,800	$3,300	$0	$217,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$213,800	$3,300	$0	$217,100
TOTAL				1	$529,100	$8,200	$0	$537,300

2024/07/25 11:51 AM

Yo, Ivan Dario Pinzon Castellanos identificado(a) con Cédula de ciudadanía No 13748120 con relación contractual con el Departamento de Santander mediante contrato de prestación de servicios; para efectos de la aplicación de la retención en la fuente, me permito informar bajo la gravedad de juramento que:

1. Que para la vigencia 2023 soy declarante del Impuesto Sobre la Renta y Complementario — SI [ ] NO [x]

2. Que SI [ ] NO [x]
   Hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensación por SERVICIOS PERSONALES, originados en el contrato suscrito con el Departamento de Santander (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

OBSERVACION:
Señor Contratista, tenga en cuenta que de su respuesta depende la aplicación de la Retefuente así:
Si Le será aplicada la retención en la fuente del artículo 392 del Estatuto Tributario Nacional (retención por honorarios o servicios según corresponda.
No Le será aplicada la retención en la fuente de artículo 383 del Estatuto Tributario Nacional (tabla de retefuente para ingresos laborales)

PARA LA DEPURACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 383 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO:

1. anexo certificación de:
   - Intereses de Vivienda ó Leasing habitacional [ ]
   - Medicina prepagada ó Póliza de salud [ ]
   - Cuentas AFC [ ]

2. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por la Ley 1607 de 2012, tengo personas dependientes: — SI [ ] NO [x]
   (Recuerde que si presenta dependientes debe anexar los documentos que prueben el vínculo de dependencia, ver. Art. 387 parágrafo 2 E.T.)

3. Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la Fuente, superior a la establecida, equivalente, al porcentaje de: No _____ %

INFORMACIÓN ADICIONAL

4. Soy extranjero residente en Colombia: — SI [ ] NO [x]

5. Soy Responsable del Régimen Simple de Tributación - RST (Ver Artículo 903 y ss. E.T.) — SI [ ] NO [x]

INFORMACIÓN DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO

PARA LA PRESENTE CUENTA MANIFIESTO QUE LAS ACTIVIDADES SE EJECUTARON EN LOS SIGUIENTES MUNICIPIOS:

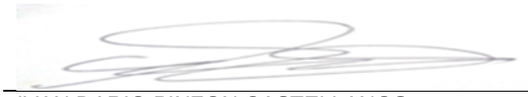
a). MUNICIPIO	b). ACTIVIDAD ECONOMICA DIAN		c). ACTIVIDAD ECONOMICA MUNICIPAL		d). VALOR COBRADO
(DONDE EJECUTA SUS ACTIVIDADES)	CODIGO CIIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	CODIGO CIIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	EN ESTA CUENTA
Simacota	7220	Promoción de la Salud mental	7220	Promoción de la Salud mental	4,750,000.00

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales.

a) Relacione el o los Municipios donde se ejecutaron las actividades contractuales.
b) Relacione el código de la Actividad Económica DIAN el cual encontrará en su RUT. Recuerde que debe tener relación con su objeto contractual.
c) Relacione el código de la Actividad Económica MUNICIPAL del Impuesto de Industria y Comercio según la normatividad de cada municipio o registro realizado en el mismo.
d) Relacione el valor del presente cobro.
Para aquellos contratos que tienen ejecución en más de un municipio deberá distribuir el valor de la presente cuenta de acuerdo a los porcentajes de ejecución.

Se expide en Bucaramanga, a los dieciseis (16) días del mes de agosto de 2024

Firma del Contratista:



Nombre:	IVAN DARIO PINZON CASTELLANOS
C.C. NO.	13748120
CORREO ELECTRONICO:	Pinzoncastellanosivan@gmail.com
TELEFONO DE CONTACTO:	3024709277

Nota: Tenga en cuenta que este documento debe anexarse con cada cuenta tramitada y es requisito indispensable para su trámite.

República de Colombia Gobernación de Santander	CARTA	CÓDIGO	AP-AL-RG-110
		VERSION	17
		FECHA DE APROBACION	11/04/2024
		PAGINA	Página 1 de 1

Bucaramanga, 4 de Septiembre de 2024

Doctora
Nury Paola Quintero Quintero
Directora apoyo jurídico a contratación y procesos sancionatorios
Secretaria de salud del departamento
Ciudad

Referencia: Remisión documentos de la CPS No.- CO1.PCCNTR. 6383676, del 29 de mayo de 2024 y con Numero Interno 1004

Con toda atención me permito remitir para digitalización y archivo documento correspondiente al contrato No. CO1.PCCNTR. 6383676, del 29 de mayo de 2024 y con Numero Interno 1004 a nombre de IVAN DARIO PINZON CASTELLANOS.

- Documento soporte cuenta 1
- Informe actividades contratista 1
- Anexos
- Seguridad social
- Certificación tributaria

Cordialmente,

Amath Sandra Milena Oliveros Tarazona
Supervisor

Proyecto: Ivan Darío Pinzón

Scanned with CamScanner