**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-69788** |
|---|---|

**Ciudad y fecha de operación** **Bucaramanga, Octubre 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: 2024-08-04 - 2024-09-03 | | 4,750,000.00 |
| | **TOTAL** | **4,750,000.00** |

Generó: DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD

## INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N° 3

| | |
|---|---|
| **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° 3** | **de** | **4** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo de Pago:** | **Desde:** | **04/08/2024** | **Hasta:** | **03/09/2024** |

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

| | | |
|---|---|---|
| VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL / FINAL | N° 3 | $ 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,3 Documento en digital |
| 2. | 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 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 | 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 concertación con administraciones municipales, Informes técnicos, listas de asistencia y registros fotográficos. | Anexo No,3 Documento en digital |

| ITEM | ACTIVIDADES GENERALES | ACTIVIDADES ESPECIFICAS | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| | 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 sociales e Institucionales | Se desarrolló un material visual que se socializo con los líderes de cada uno de los municipios. | Anexo No,3 Documento en digital |

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 | Investigación y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades | 7220 | Investigación y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades | $ 4,750,000.00 |

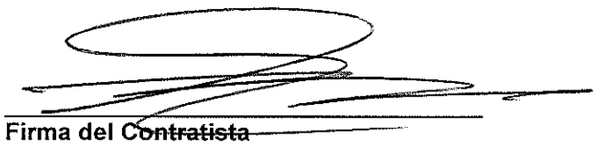
NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales.

**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 |
|---|---|---|
| APORTE A SALUD | Periodo de cotización | Agosto |
| | Fecha de pago | 2024/10/10 |
| | Nº de Planilla | 947525676 |
| | Ingreso Base de Cotización | $1.900.000 |
| | Valor cotizado | $243.600 |
| | EPS | Sanitas |
| APORTE A PENSIÓN | Periodo de cotización | Agosto |
| | Fecha de pago | 2024/10/10 |
| | Nº de Planilla | 947525676 |
| | Ingreso Base de Cotización | $1.900.000 |
| | Valor cotizado | $311.800 |
| | Fondo de Pensiones | Colfondos |
| APORTE A.R.L. | Periodo de cotización | Agosto |
| | Fecha de pago | 2024/10/10 |
| | Nº de Planilla | 947525676 |
| | Ingreso Base de Cotización | $1.900.000 |
| | Valor cotizado | $47.500 |
| | A.R.L. | Positiva |

| TIPO DE APORTE | DETALLE | MES 1 |
|---|---|---|
| PARAFISCALES | SENA | No Aplica |
| | I.C.B.F. | No Aplica |
| | Caja de Compensación | No Aplica |

Se firma para tramite de pago, a los 22 días del mes de octubre de 2024



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

| ANEXOS CUENTA N. 3 | |
|---|---|
| **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 Agosto al 3 de Septiembre | El presente plan de acción entregado.<br><br>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:<br>1. HABILIDADES PARA LA VIDA y REHABILITACIO N BASADA EN COMUNIDAD.<br>En tal sentido, se acordó con los secretarios de salud municipal | Del 4 de Agosto al 3 de Septiembre | Acta de concertación con cada municipio para la priorización de la actividad especificando las temáticas abordadas y la población objetivo.<br><br>Anexo actas firmadas.<br><br>Fichas técnicas |

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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.<br>Capacitación en habilidades para la Vida, en 4 sesiones para jóvenes y adolescentes de los establecimientos educativos de cada municipio.<br>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.<br><br>Lista de asistencia<br>Registros fotográficos<br>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. | Remisión de imágenes para publicar en los Estados a los secretarios de salud de los municipios asignados. | Sensibilización a adolescentes a adolescentes y jóvenes de los municipios: Todo el mes de Agosto<br>Construcción de material audiovisual: mes de Agosto | Evidencia fotográfica actividad con Jóvenes |

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| Obligaciones del contratista al incluir CPS:<br>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.<br>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.<br>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.<br>Se garantiza la disposición plena para el desplazamiento y cumplimiento de las actividades contractuales. | Del 4 de Agosto al 3 de Septiembre | Informes realizados de las diferentes actividades. |

**Iván Dario Pinzón Castellanos**

Powered by CamScanner

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 |
| 2024-08 | 2024-08 | 2024101009250790 1029 | 9475252676 | I | 2024/09/05 | 2024/10/10 | BANCO AV VILLAS | 35 | $602,900 |

**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 | 30 | $1,900,000 | $304,000 | EPS005 | 30 | $1,900,000 | $237,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,900,000 | $46,300 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | **$1,900,000** | **$304,000** | | | **$1,900,000** | **$237,500** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,900,000** | **$46,300** | | **$0** | **$0** |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $304,000 | $7,800 | $0 | $311,800 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $304,000 | $7,800 | $0 | $311,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $46,300 | $1,200 | $0 | $47,500 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $46,300 | $1,200 | $0 | $47,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $237,500 | $6,100 | $0 | $243,600 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $237,500 | $6,100 | $0 | $243,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $587,800 | $15,100 | $0 | $602,900 |



2024/10/10 11:35 AM

| República de Colombia<br>Gobernación de Santander | CERTIFICADO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA | CÓDIGO | AP-GF-RG-171 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 4 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 07/06/2024 |
| | | PÁGINA | 1 de 2 |

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: _____ %

## 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 | Investigación y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades | 7220 | Investigación y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades | 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 veintidos (22) días del mes de octubre de 2024

**Firma del Contratista:**
**Nombre:** IVAN DARIO PINZON CASTELLANOS
C.C. NO. 13748120
CORREO ELECTRONICO: Pinzoncastellanosivan@gmail.com
TELEFONO DE CONTACTO:

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

Folios: 2 Anexos: No.
Proc #: 2509502 Fecha: XXXX-XX-XX XX:XX
Tercero: 1374812 IVAN DARIO PINZON CASTELLANOS
Dep Radicadora: Salud Mental - Secretaria de Salud/Casa Doc. Salida Tipo Doc: Carta Cuenta: XXXXXX XXXXX
AL RESPONDER CITE ESTE NUMERO RADICACIÓN #: XXXXXXXXX



Bucaramanga, 16 Octubre 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.

- Informe de actividades
- Documento soporte
- Planilla seguridad social
- Informe de supervisión
- Certificación tributaria

Cordialmente,

**Amath Sandra Milena Oliveros Tarazona**
Supervisor

Proyecto: Ivan Darío Pinzón



Powered by CamScanner