Se adjunta Registro Civil de dependientes

inder	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA ACREDITACIÓN DE PAGOS	CÓDIGO: F-GCO-011
		VERSIÓN: 002

SUBDIRECCIÓN DE FOMENTO DEPORTIVO Y RECREATIVO.

ESTRATEGIA. CANAS AL AIRE / ÁREA: ACTIVIDAD FISICA.

NUMERO DE CONTRATO: 6700034661 de 2024

CONTRATISTA: YEIRSID JAZAHT VERGARA PULGARIN

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR (A) PROFESIONAL 2, DE LA ESTRATEGIA CANAS AL AIRE DE LA SUBDIRECCIÓN DE FOMENTO DEPORTIVO Y RECREATIVO DEL INDER DE MEDELLÍN.

PLAZO: DESDE LA SUSCRIPCIÓN DE ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE MARZO DEL 2024.

FECHA DE INICIO: 28-02-2024.

VALOR DEL CONTRATO: $4.409.434 X 4,676,672

VALOR HONORARIOS MENSUALES: $ 4.008.576

REPORTE DE ACTIVIDADES
En cumplimiento de las obligaciones específicas del contrato se desarrollaron las siguientes actividades durante el periodo. **Obligación 1: apoye con la elaboración del planear de clases y las sesiones de entrenamiento de acuerdo con el plan metodológico de la entidad.** **Obligación 5: apoye con la identificación de espacios comunitarios para la realizar las actividades propias de la estrategia.**

PERIODO EJECUTADO: del (28/02) hasta (29/02/2024)

Después de revisar el informe de las actividades realizadas en cumplimiento del objeto del contrato de la referencia, se considera aceptar y certificar las actividades desarrolladas por el contratista en el presente periodo, las cuales se describen en el

AVISO DE PRIVACIDAD
INDER - MEDELLÍN con NIT 890194096-0 dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, le informa a todos los titulares de datos personales insertos en el presente documento, que el uso ha sido realizado con previa autorización, preservando la protección de sus datos personales en la recolección, circulación y tratamiento para la(s) finalidad(es) que han sido autorizadas de acuerdo con la política de tratamiento y protección de datos personales que se encuentra a disposición en el sitio web oficialwww.inder.gov.co, en la sede administrativa ubicada en calle 47D # 75 – 276 barrio Velódromo, Medellín – Colombia, y/o solicitaria al correo electrónico proteccion datos@inder.gov.co.

can 78

Reporte de Actividades. Igualmente, se certifica que el contratista ha realizado el pago de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social.

Se autoriza el pago por valor **de cuatrocientos mil ochocientos cincuenta y ocho pesos.** ($400.858), soportado en la cuenta de cobro No. 001, anexa a este documento al igual que el soporte de aportes al sistema de seguridad social respectivo.

Para constancia se firma en Medellín, a los 31 días del mes de marzo del año 2024

Firma Contratista

ANDRES HERNANDO MOLINA SANCHEZ.
Supervisor.

Vo.Bo. EDWIN OSWALDO AVENDAÑO BERRIO.
Apoyo técnico supervisor.

AVISO DE PRIVACIDAD
INDER - MEDELLÍN con NIT 800194096-0 dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, le informa a todos los titulares de datos personales insertos en el presente documento, que el uso ha sido realizado con previa autorización, preservando la protección de sus datos personales en la recolección, circulación y tratamiento para la(s) finalidad(es) que han sido autorizadas de acuerdo con la política de tratamiento y protección de datos personales que se encuentra a disposición en el sitio web oficialwww.inder.gov.co, en la sede administrativa ubicada en calle 47D # 75 – 276 barrio Velódromo, Medellín – Colombia, y/o solicitarla al correo electrónico proteccion.datos@inder.gov.co.

Con 76

DOCUMENTOS OPCIONALES PARA QUIEN PRETENDA HACER DESCONTAR DE LA BASE PARA APLICAR LA TARIFA DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

Aportes voluntarios a los fondos de pensiones: Comprobante de pago efectuado en el mes o Certificación expedida por la Entidad a la cual se le realizaron los aportes, esta debe contener Razón social, Nit, monto total del pago y periodo a que corresponde. (Aportes realizados por el contratante y se tiene en cuenta lo del mes)

Ahorro en cuentas para el fomento de la Construcción AFC: Comprobante de pago efectuado en el mes o Certificación expedida por la Entidad a la cual se le realizaron los pagos, esta debe contener Razón social, Nit, monto total del pago y periodo a que corresponde. (Aportes realizados por el contratante y se tiene en cuenta lo del mes)

Intereses por préstamos para adquisición de Vivienda del contratista (o el costo financiero en un contrato de leasing para adquirir vivienda) pagados en el año anterior. POR UNA SOLA VEZ, Certificación expedida por la Entidad a la cual se le realizaron los pagos, la cual deberá contener Razón social, Nit, datos del titular del préstamo o contrato de leasing, monto total de los pagos y de los intereses pagados y periodo al que corresponden.

Pagos por Medicina Prepagada y planes de salud del contratista, la esposa y hasta dos hijos, pagada en el año anterior. POR UNA SOLA VEZ, Certificación

Expedida por la Entidad, esta debe contener Razón social, Nit, datos del titular y Beneficiarios, monto total del pago y periodo al que corresponde.

X--Deducción por Dependientes: DILIGENCIAR CERTIFICADO DE DEPENDIENTES POR UNA SOLA VEZ (Ver formato).

Nombres y Apellidos: Yeirsid Jazaht Vergara Pulgarin.

C.C. 98592718 de bello.

Rah 18

CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTES

Fecha: Medellin 31-03-2024

Señores:
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACION – INDER MEDELLIN

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento y en cumplimiento de lo previsto en el Estatuto Tributario, informo que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO
TI	1.192.466.169	Dulce María Vergara Ríos.	Hija.
TI	1.033.187.631	Miguel Angel Rave Ríos.	hijastro

A continuación indico la calidad de los dependientes que estoy solicitando y anexo los documentos correspondientes para acreditar esta condición:

	TIPO DE DEPENDIENTE (X)
x	Es (son) mi(s) hijo(s) menor(es) de 18 años de edad, según consta en el registro civil de nacimiento, **el cual se adjunta**.
	Es (son) mi(s) hijo(s) entre los 18 y 23 años, según consta en el registro civil de nacimiento, **el cual se adjunta**, a quien soy el único progenitor que le financió su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente), para lo cual aporto el certificado expedido por la institución educativa.
	Es mi hijo mayor de 23 años quien se encuentra en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, **para lo cual aporto**, además del registro civil de nacimiento, el dictamen médico expedido por Medicina Legal
	Es mi cónyuge o compañero permanente quien se encuentra en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT ($12.236.900) año 2024, **para lo cual aporto**, además registro de

Cal 78

	civil de matrimonio o la manifestación de la convivencia, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además del respectivo registro civil, el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal.
	Es mi padre, madre o padres y/o hermano quien se encuentra en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT ($12.236.900) año 2024, **para lo cual aporto**, además del registro de civil de nacimiento, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además del respectivo registro civil, el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efectos del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales ($1.506.080) año 2024, que me asiste en virtud de la normatividad.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: Yeirsid Jazaht Vergara Pulgain.

c.c. 98.592.718

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.192.466.169
VERGARA RIOS
APELLIDOS
DULCE MARIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-2011
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
14-ABR-2029 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
21-NOV-2018 ENVIGADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-0112100-0104651-F-1192466169-20181123 2285234277

Cap 76



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.033.187.631
RAVE RIOS
APELLIDOS

MIGUEL ANGEL
NOMBRES

Miguel angel
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-2009
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

03-MAY-2027 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

10-JUN-2016 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-0100150-00837017-M-1033187631-20160624 0050256605A 1 2023982660

CUENTA DE COBRO No 001 de 2024
Ciudad y fecha: Medellín, 31/marzo de 2024

El INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACION DE MEDELLIN
INDER MEDELLIN
NIT 800.194.096-0

DEBE A
YEIRSID JAZAHT VERGARA PULGARIN
C.C. 98592718.

LA SUMA DE: CUATROCIENTOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO *PESOS M.L. ($ 400.858)*
(No responsable de IVA-ingresos provenientes a rentas de trabajo)

POR CONCEPTO DE*: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÒN COMO FORMADOR PROFESIONAL 2, DE LA ESTRATEGIA CANAS AL AIRE DE LA SUBDIRECCIÒN DE FOMENTO DEPORTIVO Y RECREATIVO DEL INDER MEDELLIN. correspondiente al periodo* comprendido entre el 28 al 29 de Febrero de 2024, *de acuerdo al contrato No.6700034661* de 2024.

De conformidad con la referencia y solo para fines tributarios, manifiesto bajo la gravedad del juramento, lo siguiente:

CONCEPTO	SI	NO
Soy persona natural, residente en Colombia	X	
Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios		
Obligatoriedad de facturación electrónica		X
Tengo dos (2) o más empleados o contratistas, vinculados con esta actividad.		X
Tengo menos de dos (2) empleados o contratistas, vinculados con esta actividad.		X
De ser afirmativa la respuesta anterior, lo contraté o vinculé por un periodo inferior a noventa (90) días.		x

Con los ingresos provenientes del contrato mencionado en la parte superior cumplo con las obligaciones al Sistema General de Seguridad Social.

Favor consignar en cuenta de ahorros No. 10122290572 de la entidad bancaria: bancolombia.

YEIRSID JAZAHT VERGARA PULGARIN.
C.C. 98.592.718
Dirección: Carrera 77 n 108 a 26.
Cel./tel.: 3147328645
Email: yeirsid@hotmail.com

SaludTotal

MEDELLIN, Marzo 2 de 2024

Señor:
VERGARA PULGARIN YEIRSID JAZAHT
CC. 98592718
CR 45 26 162 IN 1304. - 4971125
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 24 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
VERGARA PULGARIN YEIRSID JAZAHT	98592718	C	Feb-24-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
RIOS ORTIZ LILIANA MARIA	43106116	C	Feb-24-2020	52	26	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna
RAVE RIOS MIGUEL ANGEL	1033187631	T	Feb-24-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
VERGARA RIOS DULCE MARIA	1192466169	T	Feb-24-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ZAMBRANO VERGARA GAEL RAMSES	1022166522	R	May-7-2020	52	0	HIJO DE BENEFICIARIO	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	98592718	Dependiente	CERRADO
YEIRSID JAZAHT VERGARA PULGARIN	98592718	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Folio 78

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YEIRSID JAZAHT VERGARA PULGARIN identificado(a) con C.C No. 98.562.718, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 02 de marzo del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías