



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA LOCAL DE BOSA

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista Marly Gineth Acevedo Vargas sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al:

periodo comprendido entre el 12 DE AGOSTO de 2025 y el 31 AGOSTO de 2025

Contrato:	No. 761 2025
Tipo de Contrato:	Prestación de Servicios
Contratista:	Marly Gineth Acevedo Vargas
Cédula o NIT	No. 1019020270
Objeto:	Prestar servicios profesionales para la ejecución de acciones y estrategias para la promoción y atención de la salud mental en el marco del desarrollo de la iniciativa 43805 - salud hable mente y el proyecto de inversión 2839 - bosa empática y garante de una ciudadanía saludable
Plazo del contrato:	cuatro (4) meses
Fecha iniciación:	12/08/2025
Fecha de terminación:	11/12/2025
Prórroga(s)	N/A
Valor inicial pactado:	\$ 20.000.000
Valor adicional:	N/A
Valor a pagar:	\$ <u>3.166.667</u>
Numero de PIN:	Certificado de Afiliación
Periodo cotizado.	Certificado de Afiliación

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma a los 9 días del mes de septiembre dos mil veinticinco (2025).

Interventor o Supervisor,

Yesica Rios V.

YESICA JOHANA RIOS VARGAS
C.C. No. 1.022.381.414 de Bogotá

FABIAN ERNESTO RAMIREZ CRUZ

C.C. No. 1.030.582.541 de Bogotá



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Gobierno

ALCALDÍA LOCAL DE BOSA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1 PERÍODO: DEL 12 DE AGOSTO AL 30 DE AGOSTO DE 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	761-2025 CPS-P (135156)
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARLY GINETH ACEVEDO VARGAS
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	CC 1019020270 BOGOTÁ
PLAZO DE EJECUCIÓN	CUATRO (4) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$20.000.000 VEINTE MILLONES DE PESOS
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$3.333.333 TRES MILLONES TRECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MONEDA CORRIENTE
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	0230117459920242839
FECHA ACTA DE INICIO	12 AGOSTO 2025
PRÓRROGA ¹	NO APLICA
ADICIÓN	NO APLICA
SUSPENSIÓN	NO APLICA
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	11 DICIEMBRE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES Y ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCION Y ATENCION DE LA SALUD MENTAL EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LA INICIATIVA 43805 - SALUD HABLE MENTE Y EL PROYECTO DE INVERSION 2839 - BOSA EMPÁTICA Y GARANTE DE UNA CIUDADANÍA SALUDABLE

¹ Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

GCO-GCI-F110
Versión: 06
Vigencia: 17 de julio de 2019
Página 1 de 5

ALCALDÍA LOCAL DE BOSA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>1. Desarrollar y dar cumplimiento al plan de trabajo, a los aspectos metodológicos, administrativos, operativos, y al cronograma de ejecución de la iniciativa 43805 Salud-hable-mente en el marco de ejecución del Proyecto de inversión 2839-Bosa empática y garante de una ciudadanía saludable</p>	<p>1.1: El 13 de agosto de 2025 en la casa de la participación se reúnen los profesionales y técnica mencionada con anterioridad con la finalidad de realizar un primer acercamiento con las dos nuevas profesionales que hacen parte del componente de Salud Mental, se realiza la presentación de cada uno de los asistentes y se lleva a cabo la siguiente agenda: suministro de formatos, apoyo en diseño y comunicación, logística y fichas técnicas de la estrategia SALUD-HABLE-MENTE.</p> <p>1.2: el 15 de agosto de 2025 Se realiza la entrega de los materiales que se habían solicitado por parte de la referente del sector salud para iniciar la ejecución de la estrategia SALUDHABLE-MENTE</p> <p>1.3: El 22 de agosto de 2025 con la finalidad de realizar el debido diligenciamiento de los formatos de cuenta de cobro se realiza una reunión virtual y se incluye la entrega del informe. Con anterioridad se es compartió el documento denominado "lineamientos cuentas de cobro".</p>	<p>1.1: Se realizó la entrega de los formatos institucionales y su debida explicacion para su diligenciamiento, para la proxima reunion de seguimiento a la estrategia se citara a la persona de prensa que se encargará de ayudar en el proceso de ajuste de diseño y acompañamiento referente a las normas frente a las publicaciones de la cartilla final y los productos finales de cada taller que iran en el kit que se entregara a los/as participantes.</p> <p>1.2 se realizó entrega del material que el almacen en su momento contaba para dar inicio a las intervenciones de la estrategia SALUD-HABLE-MENTE.</p> <p>1.3 se realiza de manera practica la creación de carpetas digitales en el orden que se solicita, como también de manera practica se realiza la estructuración del formato de informe, también se dejo claro los documentos anexos que deben ir con dicho informe mensual.</p>	<p>Anexo:1.1 se subió a plataforma Secop II. En la carpeta evidencia del contrato N° 760-2025 obligación 1.</p> <p>Anexo:1.2 se subió a plataforma Secop II. En la carpeta evidencia del contrato N° 760-2025 obligación 1.</p> <p>Anexo:1.3 se subió a plataforma Secop II. En la carpeta evidencia del contrato N° 760-2025 obligación 1.</p>
<p>2. Implementar actividades que fomenten el bienestar emocional y psicosocial, en el marco de ejecución de la iniciativa 43805 Salud-hable-mente.</p>	<p>2.1 El 26 de agosto se realiza la primera intervención de la estrategia SALUD-HABLE-MENTE en el Liceo Romulo Gallego con el Tema abordado: Sesión 1. Identifico mis contextos donde en esta sesión se identificaron conceptos y contextos que pueden llevar a escenarios de riesgo a los y las participantes.</p>	<p>2.1 se realizó la actividad de integración y reflexión emocional y se propició una reflexión grupal acerca de las emociones y sensaciones experimentadas durante el ejercicio.</p> <p>Luego se llevó a cabo la actividad grupal de conceptos emocionales que pretendía reforzar la explicación y dialogo inicial el cual se realizó con tarjetas que contenían los conceptos y definiciones.</p>	<p>Anexo:2.1 se subió a plataforma Secop II. En la carpeta evidencia del contrato N° 760-2025 obligación 2.</p>
<p>3. Brindar respuesta a los requerimientos, solicitudes y derechos de</p>	<p style="text-align: center;">NO APLICA</p>	<p style="text-align: center;">NO APLICA</p>	<p style="text-align: center;">NO APLICA</p>



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Gobierno

ALCALDÍA LOCAL DE BOSÁ

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
petición que le sean asignados en pro de brindar respuesta a los entes de control, entidades públicas y/o privadas o comunidad en general, dentro de los plazos, términos y condiciones establecidos por la misma.			
4. Brindar la información requerida que permita la construcción de la cartografía social de salud mental en el marco de ejecución del Proyecto de inversión 2839-Bosa empática y garante de una ciudadanía saludable.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

GCO-GCI-F110
Versión: 06
Vigencia: 17 de julio de 2019
Página 3 de 5



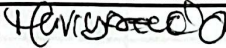
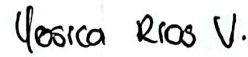
ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaría de Gobierno

ALCALDÍA LOCAL DE BOSÁ

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
5. Monitorear el impacto de las acciones desarrolladas y elaborar informes de avance con relación a la iniciativa 43805 Salud-hablemente en el marco del proyecto de inversión 2839 en su línea de Salud mental, así como el cumplimiento de la meta a su cargo.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
6. Cumplir con las demás obligaciones que sean inherentes al objeto contractual, que se encuentren en la normatividad vigente o que sean solicitadas por el supervisor o apoyo a la supervisión del contrato.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

GCO-GCI-F110
Versión: 06
Vigencia: 17 de julio de 2019
Página 4 de 5

ALCALDÍA LOCAL DE BOSA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
	CAPITAL SALUD	SURA	COLFONDOS
FIRMAS			
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.		CONTRATISTA	
		Firma: 	
		Nombre: Marly Gineth Acevedo Vargas	
		Cédula: 1019020270	
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.		SUPERVISOR/INTERVENTOR	
		Nombre: FABIAN ERNESTO RAMIREZ CRUZ	
		Cargo: ALCALDE LOCAL DE BOSA	
		Firma:	
		APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)	
		Nombre: YESICA JOHANA RÍOS VARGAS	
		Cargo: APOYO A LA SUPEVISION	
		Firma: 	

*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según directriz del supervisor. En lo que respecta a personas naturales, el supervisor del contrato definirá si es o no obligatoria la entrega del informe final de actividades para efectos del último pago.

*Este documento es controlado, por lo cual no se permiten modificaciones. Excepción: el único cambio que se le puede realizar al formato es la eliminación de la columna productos.



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 761 de 2025

Yo, Marly Gineth Acevedo Vargas identificado(a) con cédula de ciudadanía No.1019020270 expedida en la ciudad de Bogotá.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		x
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		x
Soy Declarante de Renta año 2024		x
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	X	

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas- IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		x
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		x
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		x
¿Aporto certificación depago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		x

Edificio Liévano
Calle 11 No. 8 -17
Código Postal: 111711
Tel. 3387000 - 3820660
Información Línea 195
www.gobiernobogota.gov.co

Código: GCO-GCI-F138
Versión: 07
Vigencia: 21 de febrero de 2025
Caso HOLA:124431
Página 1 de 2



Declaración Juramentada

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)		x
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)		x

Se expide y firma a los 9 días del mes de septiembre del 2025

Firma: _____

Nombre: Marly Gineth Acevedo Vargas

C.C.:1019020270

Dirección de correspondencia: Carrera 72ª 65ª 87

Teléfono de contacto: 3144799209

Correo electrónico institucional: N/A

Correo electrónico personal:marlyacevedopsicologa@gmail.com



EL PROGRAMA DE CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S
NIT 900.298.372-9

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) **MARLY GINETH ACEVEDO VARGAS** identificado(a) con Cedula Ciudadania 1019020270, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS CAPITAL SALUD EPS-S como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250723	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Julio de 2.025

Observaciones:


Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUD EPS-S, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud (601)7427257. Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S.

Elaboró: NURY LORENA ACOSTA
29366013

CER-AFI


VIGILADO Supersalud

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 761 de 2025

CONTRATISTA: ACEVEDO VARGAS MARLY GINETH

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES Y ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCION Y ATENCION DE LA SALUD MENTAL EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LA INICIATIVA 43805 - SALUD HABLE MENTE Y EL PROYECTO DE INVERSION 2839 - BOSA EMPÁTICA Y GARANTE DE UNA CIUDADANÍA SALUDABLE

VALOR: \$ 20.000.000,00

PLAZO: 4 mes(es)

El día 12 de AGO de 2025 se reunieron ACEVEDO VARGAS MARLY GINETH, mayor de edad, con C.C. No 1019020270, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) FABIAN ERNESTO RAMIREZ CRUZ, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 761 de 2025, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

Contratista,

ACEVEDO VARGAS MARLY GINETH
C.C. No 1019020270

Por la ALCALDÍA DE BOSA,

FABIAN ERNESTO RAMIREZ CRUZ
DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR

Medellín, 11 de August de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

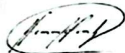
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajador INDEPENDIENTE.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 DOS				Clase: 2	Porcentaje Cotización:	1.044 %
C1019020270	ACEVEDO VARGAS MARLY GINETH	12/08/2025		8i290216	INDEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
 Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/08/2025 12:00:49 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.66.214.89, 192.230.104.12, 172.16.42.57

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 1007963013 , con fecha de apertura 20 de Octubre de 2014 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): MARLY GINETH ACEVEDO VARGAS
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.019.020.270

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.


Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Julio de 2025 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com
 Scotiabank  COLPATRIA

**SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO
SUBSECRETARIA DE PLANEACION Y GESTION - DIRECCION FINANCIERA
SOLICITUD DE DEDUCCION DE LA BASE DE LA RETENCION EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES**

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 758 del 2025, que suscribi con la SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de Juramento, CERTIFICO que la (s) persona (s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales (\$ 49.799), en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD **DÍA** **MES** **AÑO**

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA MARLY GINETH ACEVEDO VARGAS	CÉDULA N° 1.019.020.270	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO) SECTOR SALUD PROYECTO 2839 ALCALDIA LOCAL BOSA	TELÉFONO 3144799209
---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
DEVIER NICOLAS GUERRERO ACEVEDO	HUJO	17	0

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

- Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.
Requisito: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
- Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES ó la autoridad oficial correspondiente; ó programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
Requisito: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:
 - Nombre del estudiante
 - Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
- Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos
Requisito:
 - Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
 - Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal
- El conyuge ó compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año de 260 UVT ó por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:
 - Copia autentica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
 - Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho ó declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
 - Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año de 260 UVT.
 - Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos
- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año menores a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:
 - Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
 - Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
 - Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año de 260 UVT .
 - Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERDÍCA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE.
DECLARO QUE ES CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECÓMICAMENTE DE MÍ

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL - SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO: Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARLY GINETH ACEVEDO VARGAS, identificado(a) con C.C 1.019.020.270, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 21 de julio de 2025.

El presente certificado emitido 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.



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo