Caldas Antioquia,28 de Septiembre de 2026

Señores
INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DE CALDAS –INDEC
Caldas Antioquia

Asunto; Consentimiento informado para el pago de seguridad social por parte del Instituto de Deporte y Recreación de Caldas – INDEC

Yo, Yulieth Villada Tangarife , identificado(a) con cedula de ciudadanía 1026162819, en mi calidad de contratista, por medio del presente documento:

_____ **AUTORIZO DE MANERA EXPRESA AL INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DE CALDAS – INDEC**, identificado con el NIT numero 800.019.147-1, para que, en mi nombre, realice el pago correspondiente al Sistema de Seguridad Social Integral, conforme a lo establecido en la normatividad vigente y de acuerdo al valor del contrato, celebrado entre las partes descontando dicho valor de mis honorarios mensuales.

__X___ **NO AUTORIZO DE MANERA EXPRESA AL INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DE CALDAS – INDEC**, identificado con el NIT número 800.019.147-1, para que, en mi nombre, realice el pago correspondiente al Sistema de Seguridad Social Integral, conforme a lo establecido en la normatividad vigente y en cambio, YO, continuo con el compromiso de generar dicho pago de forma mensual y aportar los soportes con cada cuenta de cobro presentada al instituto.

Asimismo, declaro que:

1. Soy consciente de que el pago de seguridad social es una obligación legal y que esta autorización no exime mi responsabilidad frente al cumplimiento de esta obligación.
2. En caso de Autorizar al INDEC, soy consciente de que el valor correspondiente será descontado del pago de los honorarios pactados en el contrato y destinado al pago de los aportes al Sistema General de Pensiones, Salud y Riesgos Laborales, según lo determine la ley.

3. Estoy de acuerdo en que el Instituto podrá realizar este proceso a través de una planilla electrónica (PILA) y/o mediante el operador autorizado correspondiente.
4. Cuento con la posibilidad de revocar esta autorización en cualquier momento, informando por escrito al INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DE CALDAS – INDEC con quince días hábiles (15) de anticipación.
5. En caso de NO autorizar al Instituto me responsabilizo de pagar mi seguridad social de acuerdo a lo establecido en la norma.

Atentamente,



Nombre Yulieth Villada Tangarife
Cédula:1026162819
Celular :3106173693
Correo:Tangarife1026@gmail.com