

**REPORTE DE INFORMACIÓN CONFORME AL ARTÍCULO 2 DEL DECRETO
NACIONAL 1273 DE 2018**

Señores:

SECRETARÍA DISTRITAL DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE

Con el fin de efectuar los pagos a seguridad social, previo a la suscripción del contrato manifiesto que:

1. Ostento la calidad de pensionado o tengo requisitos cumplidos para pensión o por disposiciones legales no estoy obligado a cotizar a pensiones.

SI _____ NO X

2. Cotizo por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos, indicando el Ingreso Base de Cotización (IBC) en cada uno de ellos.

SI _____ NO X

Relaciono el Ingreso Base de Cotización (IBC) en cada uno de ellos. (En caso de que la respuesta sea afirmativa)

3. La totalidad de los ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes producto de otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos

SI _____ NO X

Nota: Si existe obligación de realizar la retención de aportes al Fondo de Solidaridad Pensional (FSP), la entidad contratante efectuará el aporte al FSP sobre el IBC del respectivo contrato.

4. Cotizo por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

SI _____ No X

5. El porcentaje sobre el cual se debe aplicar la retención es _____ (en caso de que se decide efectuar aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato).

39
36

6. Pertenezco a un Régimen Especial o de Excepción en salud, y por tal razón el pago de la cotización a salud debe realizarse de manera directa a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)

Si _____ NO X

Cuál? _____

7. Deseo efectuar voluntariamente aportes a una Caja de Compensación Familiar.

Si _____ NO X

Cuál y monto? _____

8. Va a realizar aportes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) adicional.

Si _____ NO X

¿Cual? _____

9. Efectué traslado a alguna de las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral o de caja de compensación familiar.

Si _____ NO X

Me comprometo a que, en el evento que se produzca alguna modificación que afecte el monto y el giro de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral será informado al supervisor del contrato.

NOMBRE: Isaac Abudín Murción

Numero de documento de identidad: 75.603.307

Firma: 