Señores
CONTRALORIA MUNICIPAL DE YUMBO
La Ciudad

Asunto: Certificación

En cumplimiento del Decreto 1273 de 2018, especialmente lo establecido en el Artículo 3.2.7.5 *"**Reporte de Información.** Para los efectos de la retención prevista en el presente título, los contratistas por prestación de servicios personales informarán al contratante, al momento de la suscripción del contrato y cuando quiera que se produzca modificación que afecte el monto y el giro de aportes al Sistema Seguridad Integral, la siguiente información (...)"*; me permito certificar que:

1. SI ___ NO X ostento la calidad de pensionado o tengo requisitos cumplidos para pensión o por disposiciones legales no estoy obligado a cotizar a pensiones.

2. SI X NO ___ cotizo por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaría, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos. El ingreso base de cotización (IBC) en cada uno de ellos es 1'000.000 N/A ___.

3. SI ___ NO X la totalidad de mis 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 existe obligación de realizar la retención de aportes al Fondo Solidaridad Pensional (FSP), la entidad contratante efectuará el aporte al FSP sobre el IBC del respectivo contrato.

4. SI ___ NO X cotizo por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

5. SI ___ NO X decido efectuar aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato. El porcentaje sobre el cual se deba aplicar la retención es _____. N/A X.

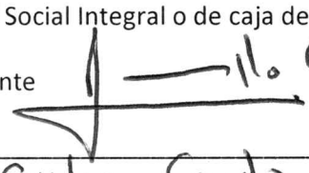
6. SI ___ NO X pertenezco a un Régimen Especial o de Excepción en salud, y por tal razón el pago la cotización a salud debe realizarse de manera directa a la Entidad Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el artículo 2.1. 13.5 del decreto 1273 de 2018.

7. SI ___ NO X deseo efectuar voluntariamente aportes a una Caja de Compensación Familiar. La cual será _____. N/A _____.

8. SI ___ NO X voy a realizar aportes de la Unidad de pago por Capitación (UPC) adicional.

9. SI ___ NO X efectué traslado en alguna de entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral o de caja de compensación familiar.

Atentamente



Nombre: Cristian Camilo Gonzalez Salazar
C.C. 1'061.732.845
Dirección: Avenida 4BN # 58N-60
Celular: 3128534832
e-mail: camilo89312@Gmail.com.