

	<p align="center"><b>DEPARTAMENTO DE RISARALDA</b>  <b>Secretaría de Hacienda</b></p> <p align="center"><b>GESTIÓN DE LAS FINANZAS PÚBLICAS</b>  <b>GESTIÓN CONTABLE</b></p> <p align="center"><b>CERTIFICACIÓN CONTRATISTAS – RETENCIÓN EN LA FUENTE</b></p>
<p>Versión: 02</p>	<p>Vigencia: 02-2020</p>

Pereira, Marzo de 2022

Señores  
**Departamento de Risaralda**

Ref.: Clasificación Ley 1819 de 2016 Artículo 330 del Estatuto Tributario, Clasificación de Personas Naturales:

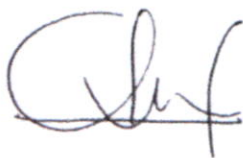
### CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

#### DATOS GENERALES


- Nombre del prestador del servicio: ANA MARIA ALVAREZ LOPEZ
- Identificación: 42165022
- No. Contrato y fecha: Contrato de prestación de servicios No interno 0981  
SECOP II CO1.PCCNTR.3380693 de fecha 25 de enero de 2022
- Régimen de ventas al que pertenece: No responsable de iva: \_\_ Responsable de iva: X
- Declarante de renta: Si: X No: \_\_
- Título: Profesional: X Técnico: \_\_
- Para la prestaciones de servicios profesionales, técnicos, u honorarios, informar si ha contratado o vinculado por al menos 90 días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad: Si: \_\_ No: X

**Certifico bajo la gravedad del juramento** que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Atentamente,



Ana María Álvarez López  
c.c. 42.165.022

DEPARTAMENTO DE RISARALDA SECRETARÍA DE HACIENDA GESTIÓN DE LAS FINANZAS PÚBLICAS GESTIÓN CONTABLE CERTIFICACIÓN CONTRATISTAS - RETENCIÓN EN LA FUENTE	
Vigencia: 03-2020	Versión: 03

Primera Edición: Marzo de 2020

Señores  
Departamento de Risaralda

Ref: Clasificación Ley 1819 de 2016, Artículo 330 del Estatuto Tributario, Clasificación de Personas Naturales.

# CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO


## DATOS GENERALES

- Nombre del prestador del servicio: ANA MARIA ALVAREZ LOPEZ
  - Identificación: 42188022
  - No. Contrato y fecha: Contrato de prestación de servicios No interno 0981
  - SEOP II COT PCOCTR 3380893 de fecha 25 de enero de 2020
  - Régimen de ventas al que pertenece: No responsable de IVA ☒ Responsable de IVA ☐
  - Declaración de renta: Si ☐ No ☒
  - Título: Profesional ☒ Técnico ☐
  - Para la prestación de servicios profesionales, técnicos u honorarios, informar si ha contratado o vinculado por al menos 90 días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad: Si ☐ No ☒
- Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pension corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Atestado por:



ANA MARIA ALVAREZ LOPEZ  
C.C. 42188022

	<p><b>DEPARTAMENTO DE RISARALDA</b>  <b>Secretaria de Infraestructura</b></p> <p><b>GESTIÓN JURÍDICA</b>  <b>CONTRATACIÓN</b></p> <p><b>APORTES AL SSSI</b></p>
Versión: 1	Vigencia: 01-2019

**REPORTE DE NOVEDADES PARA LA RETENCIÓN Y GIRO DE LOS APORTES AL SSSI DE  
LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES CON CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS PERSONALES:**

Ciudad y fecha en la cual se diligencia el documento. **Pereira , Marzo de 2022**

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 3.2.7.5 Reporte de Información del Decreto 1273 de 2018 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, yo **ANA MARIA ALVAREZ LOPEZ** identificada con la cédula de ciudadanía No. **42.165.022** expedida en **Pereira** me permito comunicar al Departamento de Risaralda información que afecta el monto y el giro de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de la siguiente manera:

1. Si ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para la pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones.

SI ☐ NO ☒

Anexar resolución de pensión u otro documento que acredite tal situación.

2. Si Cotiza 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 de cada uno de ellos.

SI ☒ NO ☐

En el caso de una respuesta positiva, favor relacionar la siguiente información:

Nombre de la entidad: **SENA Regional Quindio**

Nit: **899.999.934-1**

Valor ingreso mensual: **\$ 3.900.000**

Valor ingreso base de cotización mensual: **\$ 1.560.000**

Valor ingreso mensual independiente por cuenta propia: **N/A**

Valor ingreso base de cotización mensual: **N/A**

**Total Ingresos Mensuales: \$ 3.900.000**

**Total Valor ingreso base de cotización mensual: \$ 1.560.000**

3. Si 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 ☒

**NOTA:** Los 4 SMMLV corresponde a los Ingresos Bases de Cotización sobre los cuales se realizan los aportes al SSSI de manera mensual.

	<b>DEPARTAMENTO DE RISARALDO</b> Secretaría de Infraestructura  <b>GESTIÓN JURÍDICA</b> <b>CONTRATACIÓN</b>  <b>APORTES AL SSSI</b>
Versión: 1	Vigencia: 01-2019

## SERVICIOS PERSONALES: LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES CON CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE REPORTE DE NOVEDADES PARA LA RETENCIÓN Y GIRO DE LOS APORTES AL SSSI DE

Ciudad y fecha en la cual se diligenció el documento: **Pereira, Marzo de 2023**

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 2.7.6 Reporte de Información del Decreto 1373 de 2018 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, yo **ANA MARIA ALVAREZ** **LOPEZ** identificada con la cédula de ciudadanía No. **42.185.032** expedida en **Pereira**, me permito comunicar al Departamento de Risaralda información que afecta el monto y el giro de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de la siguiente manera:

1. ¿Se garantiza la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para la pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensión?

☐ SI ☒ NO

A anexar resolución de pensión o documento que acredite tal situación

2. ¿Se cobra por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mensuals pensionales, independientes por cuenta propia u otros contratos, indicando el ingreso base de cotización de cada uno de ellos?

☐ SI ☒ NO

En el caso de una respuesta positiva, favor relacionar la siguiente información:


Membre de la entidad: **SENA Regional Córdoba**  
 Nit: **900.999.999**  
 Valor ingreso mensual: **\$ 2.500.000**  
 Valor ingreso base de cotización mensual: **\$ 1.782.500**  
 Valor ingreso mensual independiente por cuenta propia: **N/A**  
 Valor ingreso base de cotización mensual: **N/A**  
 Total Ingresos Mensuales: **\$ 2.500.000**  
 Total Valor ingreso base de cotización mensual: **\$ 1.782.500**

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

☐ SI ☒ NO

NOTA: Los \$ 2.500.000 corresponden a los ingresos base de cotización sobre los cuales se realizan los aportes al SSSI de manera mensual.



	<p><b>DEPARTAMENTO DE RISARALDA</b>  <b>Secretaria de Infraestructura</b></p> <p><b>GESTIÓN JURÍDICA</b>  <b>CONTRATACIÓN</b></p> <p><b>APORTES AL SSSI</b></p>
<p>Versión: 1</p>	<p>Vigencia: 01-2019</p>

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

4. Si cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) SMMLV.

SI ☐ NO ☒

5. El porcentaje sobre el cual se deba aplicar la retención, si decide efectuar aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato.

SI ☐ NO ☒

Si la respuesta es positiva, por favor indicar el porcentaje IBC sobre la cual desea realizar aportes, el cual debe ser superior al 40% del valor mensualizado del contrato:

Porcentaje: **N/A**

6. Si pertenece 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 del Sistema de Seguridad Social en Salud –ADRES.

SI ☐ NO ☒

7. Si desea efectuar voluntariamente aportes a una caja de compensación familiar.

SI ☐ NO ☒

8. Si va a realizar aportes de UPC adicional.

SI ☐ NO ☒

Si la respuesta es positiva aportar certificación de la EAPB (EPS) respecto del valor mensual que se deberá girar a dicha entidad.

Valor mensual: **N/A**

9. Relaciono a continuación los nombres de los fondos donde voy a realizar las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral:

FONDO SALUD: **SANITAS**

FONDO PENSIÓN: **PROTECCION**

FONDO ARL: **POSITIVA**

DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Infraestructura GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN APORTES AL SSI	
Vigencia: 01-2019	Versión: 1

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

4. Si cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) SMMLV.

SI ☐ NO ☒

5. El porcentaje sobre el cual se deba aplicar la retención, si decide efectuar aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato.

SI ☐ NO ☒

Si la respuesta es positiva, por favor indicar el porcentaje IBC sobre la cual desea realizar aportes, el cual debe ser superior al 40% del valor mensualizado del contrato.

Potencial: N/A

6. Si pertenece 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 del Sistema de Seguridad Social en Salud -ADRES.

SI ☐ NO ☒

7. Si desea efectuar voluntariamente aportes a una caja de compensación familiar.

SI ☐ NO ☒

8. Si va a realizar aportes de UPC adicional.

SI ☐ NO ☒

Si la respuesta es positiva aportar certificación de la EAPB (EPS) respecto del valor mensual que se deberá girar a dicha entidad.


Valor mensual: N/A

9. Relacione a continuación los nombres de los fondos donde voy a realizar las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral.

FONDO SALUD: SANITAS

FONDO PENSIÓN: PROTECCIÓN

FONDO ARL: POSITIVA

	<p><b>DEPARTAMENTO DE RISARALDA</b>  <b>Secretaria de Infraestructura</b></p> <p><b>GESTIÓN JURÍDICA</b>  <b>CONTRATACIÓN</b></p> <p><b>APORTES AL SSSI</b></p>
<p>Versión: 1</p>	<p>Vigencia: 01-2019</p>

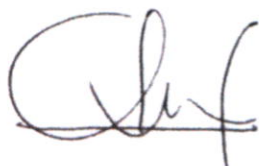
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: XXXXXXXXXXXX (Solo relacionar en el caso de realizar aportes a cajas de compensación familiar)

10. Si se efectuó traslado en alguna de las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral o de caja de compensación familiar.

SI ☐ NO ☒

Si la respuesta es positiva anexar el formulario de traslado a la nueva entidad.

Atentamente,



**Ana María Álvarez López**

Tel : 3122881002

Correo Electrónico: [arq.anamariaalvarez@gmail.com](mailto:arq.anamariaalvarez@gmail.com)