	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaria de Salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **APORTES AL SSSI**
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 04 abril de 2025

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 CAROLINA CHICA PALACIO identificada con la cédula de ciudadanía No. 42016784 expedida en DOSQUEBRADAS 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: NA
   Nit: NA
   Valor ingreso mensual: $ NA
   Valor ingreso base de cotización mensual: $ NA
   Valor ingreso mensual independiente por cuenta propia: $ NA
   Valor ingreso base de cotización mensual: $ NA

   Total Ingresos Mensuales: $ NA
   Total Valor ingreso base de cotización mensual: $ NA

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.

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 [X]

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 [X]

   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 [X]

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

   SI [ ] NO [X]

8. Si va a realizar aportes de UPC adicional.

   SI [ ] NO [X]

   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: S.O.S

   FONDO PENSIÓN: PROTECCIÒN

   FONDO ARL: POSITIVA

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: NA

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 [X]

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

Atentamente,



NOMBRE Y FIRMA CONTRATISTA
Tel : 3116356792
Correo Electrónico: carochik16@gmail.com