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

Pereira, Marzo 24 de 2023.

Señores
Departamento de Risaralda

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

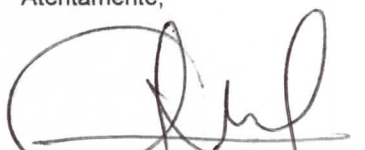
CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO


DATOS GENERALES

1. Nombre del prestador del servicio: ANA MARIA ALVAREZ LOPEZ
2. Identificación: CC 42.165.022
3. No. Contrato y fecha: No interno 0711 SECOP II CO1.PCCNTR.4640196
4. Régimen de ventas al que pertenece: No responsable de iva: ☒ Responsable de iva: ☐
5. Declarante de renta: Si: ☒ No: ☐
6. Título: Profesional: ☒ Técnico: ☐
7. 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 pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Atentamente,


ANA MARIA ALVAREZ LOPEZ
 c.c. 42.165.022

	<p align="center">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de XXXXX</p> <p align="center">GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN</p> <p align="center">APORTES AL SSSI</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 24 de 2023

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 MARÍA ÁLVAREZ LÓPEZ identificado 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:

Nit:

Valor ingreso mensual:

Valor ingreso base de cotización mensual:

Valor ingreso mensual independiente por cuenta propia:

Valor ingreso base de cotización mensual:


Total Ingresos Mensuales:

Total Valor ingreso base de cotización mensual

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.

	<p align="center">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de XXXXX</p> <p align="center">GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN</p> <p align="center">APORTES AL SSSI</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

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:

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

FONDO SALUD: Sanitas EPS

FONDO PENSIÓN: Protección

FONDO ARL: Colmena

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: No Aplica

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