

FECHA: octubre 22 de 2025

**REFERENCIA: APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

| DESCRIPCION                                                                                                                                      | SI | NO | VALOR        | OBSERVACIONES    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--------------|------------------|
| Riesgo I, II o III.                                                                                                                              | x  |    | \$37.300     | Paga contratista |
| Riesgo IV o V.                                                                                                                                   |    | x  |              | Paga la entidad  |
| Reportar si es pensionado o tiene requisitos cumplidos de pensión o no está obligado a cotizar en pensión.                                       |    | x  |              |                  |
| Indicar si tiene otra cotización por otros contratos o mesadas pensionales o vinculación laboral y el monto del ingreso base de cotización.      |    | x  |              |                  |
| Indicar si los ingresos mensuales son superiores a 4 SMLMV por otros ingresos de contratos o mesadas pensionales o vinculación laboral.          |    | x  |              |                  |
| Indicar si cotiza más de 25 SMLMV.                                                                                                               |    | x  |              |                  |
| Indicar el porcentaje y valor sobre el cual se debe aplicar la retención y si desea que sea superior al 40% del valor mensualizado del contrato. |    | x  | \$ 1.200.000 |                  |
| Indicar si desea voluntariamente hacer aportes a una Caja de Compensación Familiar.                                                              |    | x  |              |                  |
| Indicar si va a realizar aportes de la Unidad de pago por Capitalización (UPC) adicional.                                                        |    | x  |              |                  |
| Indicar si efectuó traslado en alguna de entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral o de caja de compensación familiar.  |    | x  |              |                  |

(  
(  
  
(

IA

TEL. 3178554013