# REPORTE DE INFORMACIÓN
# APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Fecha :
Nombre de contratista :
Documento de Identidad :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | Ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones | SI | NO X |
| 2. | 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 (IBC) de cada uno de ellos | SI | NO X |

En caso de que su respuesta haya sido afirmativa, relacione cada uno de los ingresos adicionales, utilizando cuantas casillas adicionales sean necesarias:

| VÍNCULO (laboral, contractual, independiente, mesada pensional) | VALOR MENSUAL DE LOS INGRESOS | IBC |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. | 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 X |
| 4. | Cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales vigentes. | SI | NO X |
| 5. | Es su voluntad efectuar aportes por un ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato. | SI | NO X |
| 6. | 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 de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). | SI | NO X |
| 7. | Es su voluntad efectuar aportes a una Caja de Compensación Familiar | SI | NO X |
| 8. | Es su voluntad realizar aportes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) adicional | SI | NO X |
| 9. | Se compromete a informar oportunamente a esta entidad el hecho de realizar cualquier tipo de traslado en alguna de las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral o de la Caja de Compensación Familiar | SI X | NO |

Nombre de contratista :__LUIS FELIPE MENDEZ MARTINEZ_____

Firma : 

Documento de Identidad : ____80192872_____