



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

Pereira 02 de enero de 2026

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 JULIANA HERRERA GIRALDO identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.088.330.270 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: xxxxxxxxx

Nit: xxxxxxxxxxxx

Valor ingreso mensual: \$ xxxxxxxx

Valor ingreso base de cotización mensual: \$ xxxxxxxx

Valor ingreso mensual independiente por cuenta propia: \$ xxxxxxxxxxxx

Valor ingreso base de cotización mensual: \$ xxxxxxxx

**Total Ingresos Mensuales: \$ xxxxxx**

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

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 Base 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 ☒

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: xxx %

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: \$ XXXXXXXX

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

FONDO SALUD: NUEVA EPS

FONDO PENSIÓN: COLPENSIONES

FONDO ARL: POSITIVA

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,

**JULIANA HERRERA GIRALDO**

Tel: 3165780321

Correo Electrónico: [julianahg.comunicaciones@gmail.com](mailto:julianahg.comunicaciones@gmail.com)