

	DESCUENTO SEGURIDAD SOCIAL	Código AT-TH2-FO-10	
		Versión: 03	Página 1 de 1
Proceso: Talento Humano		Fecha: 01-09-2022	

Yo _____ mayor de edad identificado con (tipo de documento) _____ No. _____ de _____ con plena capacidad para ejercer derechos y contraer obligaciones, en condición de contratista de la empresa **MEDICINA Y TERAPIAS DOMICILIARIAS S.A.S. - MTD** desempeñando el cargo de _____, acuerdo suscribir la presente **ACTA DE AUTORIZACION DE DESCUENTO Y POSTERIOR PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**.

ACUERDO DE DESCUENTO

Valor total a descontar (en pesos)	Concepto de descuento	Tipo de descuento
\$	Pago al Sistema de Seguridad Social Integral por medio de la planilla integrada de liquidación de aportes (PILA).	El descuento se realizará de la cuenta de cobro correspondiente al periodo liquidado.

Dicha suma de dinero será descontada de mi cuenta de cobro según el acuerdo descrito anteriormente iniciando el mes de _____ del año _____.

Importante:

- El ingreso base de cotización (IBC) es el valor base de liquidación que se reporta a las administradoras que conforman el sistema de seguridad social integral, sobre este IBC se hacen los cálculos para determinar el pago a los siguientes conceptos **Salud (12,5%), Pensión (16%) y ARL riesgo 2 (1,044%)**. Este IBC corresponde al 40% del valor de la cuenta de cobro radicada, sin que se encuentre por debajo del SMMLV (Salario mínimo mensual legal vigente); debido a esto el valor total a descontar puede variar dependiendo los ingresos percibidos por el contratista durante el periodo a liquidar.
- Al firmar el presente formato el contratista autoriza a **MEDICINA Y TERAPIAS DOMICILIARIAS S.A.S** descontar de su cuenta de cobro el valor aquí descrito.

Se suscribe la presente acta en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Nombre:	Nombre:
Identificación:	
Firma del solicitante/autoriza el descuento	Persona quien recibe autorización/responsable