Yo, [Nombres y Apellidos] identificado(a) con documento de identidad No. [N° de documento de identidad] de [Ciudad], declaro bajo gravedad de juramento en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009 y el articulo 126-1 del Estatuto tributario, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, de la Orden Contractual de prestación de servicios No. [N° de la ODS] del [Año] suscrita con la Universidad Nacional de Colombia.

A continuación se relacionan los documentos soporte de los aportes efectuados al Sistema de Seguridad Social Integral:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO COTIZADO** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD** | **VALOR DEL APORTE** | **VALOR TOTAL DE APORTES** |
|  | **Salud** |  |  |  |
| **Pensión** |  |  |

Así mismo, informo que mis ingresos por el respectivo periodo de cotización no exceden el tope de los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes de que trata el artículo 3 del Decreto 510 de 2003.

[Firma del Contratista]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA]**

**[N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD]**

**[N° DE ODS Y AÑO]**