

Este formato aplica para la vigencia 2026

INFORMACIÓN DE LA PERSONA NATURAL

DECLARACIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, Wilson Rafael Salas Chavez identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo gravedad de juramento, que pertenezco a la cédula de Rentas de Trabajo establecida en el artículo 103 del Estatuto Tributario, y que la información suministrada es fidedigna y corresponde a los soportes que me permiten obtener las deducciones y rentas exentas para aplicar en los siguientes contratos de prestación de servicios suscritos con la Universidad Nacional de Colombia.

NOTA: Favor diligenciar las celdas editables de color azul claro

1. DATOS GENERALES

Nombre del Contratista	Wilson Rafael Salas Chavez	Fecha de diligenciamiento	5/2/2026
Tipo y número de documento de identificación	CC 1130675674	¿Es usted pensionado ?	NO
Correo institucional	wrsalasc@unal.edu.co		

2. RELACIÓN DE CONTRATOS QUE ORIGINAN PAGOS (a)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE	EMPRESA EN QUIPU	TIPO ORDEN CONTRACTUAL	NÚMERO ORDEN CONTRACTUAL	VALOR TOTAL DEL CONTRATO ANTES DE IVA	FECHA DE INICIO (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACION (DD/MM/AAAA)	CLASE DE RIESGOS LABORALES (b)
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	3065	OSE	141	\$ 54,000,000	08/05/2025	31/12/2025	Riesgo 1
TOTAL				\$ 54,000,000			

(a) Si tiene varias Ordenes Contractuales de Prestación de Servicios suscritas con la Universidad Nacional de Colombia y que se encuentren en ejecución dentro del periodo de solicitud de pago, debe relacionarlas una a una.

(b) Seleccione el tipo de riesgos laborales de acuerdo al certificado de afiliación (Recuerde que cuando las ordenes establezcan diferentes tipos de riesgo, el aporte pago debe realizarse por el porcentaje mas alto).

Debido a que sus ingresos mensuales son superiores a 95 UVT puede presentar los documentos descritos en la sección 3. ANEXOS para soportes de deducciones.

3. ANEXOS: DOCUMENTOS PARA SOPORTE DE DEDUCCIONES

Solicito aplicar mis deducciones al contrato No.	3065-OSE-141-2025		
Formato de Certificado de dependientes	NO	Certificado de seguro de salud - Póliza	NO
Certificado de intereses o corrección monetaria por préstamos para adquisición de vivienda	NO	Comprobante de pago mensual de Medicina Prepaga	NO
Certificado de cuentas de ahorro y pago de aporte mensual para el fomento de la construcción - AFC	NO	Aportes voluntarios a pensión	NO

Periodo de solicitud de pago	agosto/2025
Periodo de la planilla	agosto/2025

4. CALCULO APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (SGSSI) MENSUALES

Aporte obligatorio a salud (12,5%)	\$ 337,500
Aporte obligatorio a pensión (16%)	\$ 432,000
Fondo de solidaridad pensional	\$ -
Aportes a Riesgos laborales (ARL)	\$ 14,100
Total Aportes Obligatorios	\$ 783,600

DECLARACIÓN FORMAL PARA DISMINUCIÓN DE BASE DE RETENCIÓN

Declaro bajo la gravedad de juramento, para efectos de verificación, control, trámite de pago y disminución de base de retención, y en cumplimiento de lo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, Artículo 126-1 del Estatuto Tributario y las demás normas que regulan el Sistema de Seguridad Social Integral, que los documentos que adjunto a la presente declaración corresponden al pago efectivo, oportuno y completo de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral, por los conceptos de salud y pensión, asociados a la(s) orden(es) contractual(es) correspondiente(s) y al mismo período que origina el pago objeto de verificación.

Así mismo, manifiesto expresamente que los ingresos correspondientes al período de cotización declarado se encuentran determinados conforme a lo previsto en el artículo 3 del Decreto 510 de 2003 y las normas concordantes, esto es, sobre el ingreso realmente percibido, dentro de los topes legales aplicables.

SI

7. FIRMA DEL CONTRATISTA

Wilson Rafael Salas Ch

Nombre: Wilson Rafael Salas Chavez

Número de documento de identificación CC 1130675674

5. MENSUALIZACIÓN CONTRACTUAL

VALOR MENSUALIZADO	NÚMERO DE MESES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN POR CONTRATO IBC (40%). VR MENSUALIZADO
\$ 6,750,000	8	\$ 2,700,000
\$ -	0	\$ -
\$ -	0	\$ -
\$ -	0	\$ -
\$ -	0	\$ -
\$ 6,750,000		\$ 2,700,000

6. BASE DE RETENCIÓN MENSUALIZADA

APORTE OBLIGATORIO A SALUD (12,5)	APORTE OBLIGATORIO A PENSIÓN (16%)	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL Y SUBSISTENCIA	BASE DE RETENCIÓN MENSUAL
\$ 337,500	\$ 432,000	\$ -	\$ 5,980,500
\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
			\$ 5,980,500

La Universidad Nacional de Colombia, como responsable del Tratamiento de Datos Personales, informa que los datos de carácter personal recolectados mediante este formato, se encuentran bajo medidas que garantizan la seguridad, confidencialidad e integridad y su tratamiento se realiza de acuerdo al cumplimiento normativo de la Ley 1581 de 2012 y de la Política de Tratamiento de Datos de la Universidad Nacional de Colombia. Puede ejercer sus derechos como titular a conocer, actualizar, rectificar y revocar las autorizaciones dadas a las finalidades aplicables a través de los canales dispuestos y disponibles en www.unal.edu.co o e-mail: protecdatos_nra@unal.edu.co.

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1130675674		SALAS CHAVEZ WILSON RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 56n 2hn 89	CALI-VALLE	3997367	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor		
2025-08	2025-08	35089537	9491514235	I	2025/09/16	2026/02/04	NEQUI		\$928,200		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes			
1	CC 1130675674	SALAS WILSON																	25-14	30	\$2,750,000	\$440,000	EPS010	30	\$2,750,000	\$343,800	CCF57	30	\$2,750,000	\$55,000	14-11	30	\$2,750,000	\$14,400	30	\$0	\$0	No	\$853,200
Total	Afiliados(1)																				\$2,750,000	\$440,000			\$2,750,000	\$343,800			\$2,750,000	\$55,000			\$2,750,000	\$14,400		\$0	\$0		\$853,200

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1130675674		SALAS CHAVEZ WILSON RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 56n 2hn 89	CALI-VALLE	3997367	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	35089537	9491514235	I	2025/09/16	2026/02/04	NEQUI		\$928,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$440,000	\$0	\$478,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$440,000	\$0	\$478,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,400	\$0	\$15,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$14,400	\$0	\$15,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$55,000	\$0	\$59,900
COMPANDI	CCF57	890,303,208	5	1	\$55,000	\$0	\$59,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$343,800	\$0	\$374,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$343,800	\$0	\$374,000
TOTAL				1	\$853,200	\$0	\$928,200

Medellin, 9 de diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **WILSON RAFAEL SALAS CHAVEZ** con documento de identidad **C1130675674**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA** con NIT **N899999063**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-05-07	2025-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL	0003221201	1	0.522	MORA