PAGO SEGURIDAD SOCIAL
(SALUD, PENSIÓN, ARL)

CERTIFICACIÓN

Yo, **Christopher Silva Guarnizo** identificado con C.C. **No. 1.010.227.329** con domicilio principal en la ciudad de Bogotá en la Cra 87ª N° 6ª-15.

De manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, certifico que los documentos soporte de pago de seguridad social del mes de **Septiembre de 2026**, corresponden a los ingresos provenientes del contrato **No. 286 de 2026.**

Esta declaración la hago a los **01** días de **octubre** de 2026, con destino a la **Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias** para que surta los efectos legales.

Cordialmente,



CHRISTOPHER SILVA GUARNIZO
CC. 1.010.227.329
Contratista