CERTIFICACIÓN
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

Nombre o Razón Social del postulante: _____

- ○ Persona Jurídica — NIT: _____
- ○ Entidad sin ánimo de lucro — NIT: _____
- ○ Consorcio o Unión Temporal — NIT: _____
- ○ Patrimonio Autónomo Declarante — NIT: _____
- ○ Cooperativa — NIT: _____
- ○ Persona Natural* — CC __ PA __ CE __ SC __ CD __ NIT__ No. _____

*Si es una persona natural que tiene más de un tipo de documento de identificación, debe señalar únicamente el tipo y número de identidad con el cual realiza sus pagos en PILA y cumple los demás requisitos del programa

Los suscritos _____, identificados con _____ No. _____, certificamos bajo la gravedad del juramento, que:

1. Los empleados sobre los cuales recibiremos el aporte efectivamente recibieron el salario o el pago de las compensaciones (según sea el caso) correspondiente al mes inmediatamente anterior al de la presente postulación.

2. La información sobre procesos de sustitución patronal o de empleador presentada en las variables CUM 6 y SUS1 (si aplica) del presente formulario es veraz, en las condiciones allí descritas.

3. Al momento de la presente postulación, los pagos de seguridad social para el mes de marzo de 2021 se encuentran al día, para todos los empleados que tuvimos durante dicho mes.

CUIDAD Y FECHA

Firmas:

_____

Representante Legal o Persona natural solicitante / Liquidador o Promotor

Nombres y apellidos:
No. Identificación:
Dirección:
Ciudad:
Teléfono:
Correo electrónico:

_____

Revisor Fiscal / Contador

Nombres y apellidos:
No. Identificación:
Tarjeta profesional No.
Dirección:
Ciudad:
Teléfono:
Correo electrónico:

PARA DILIGENCIAR A TRAVÉS DE LAS ENTIDADES FINANCIERAS