



Nombre o Razón Social del postulante: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Persona Jurídica | NIT: _____ |
| <input type="radio"/> Consorcio o Unión Temporal | NIT: _____ |
| <input type="radio"/> Patrimonio Autónomo Declarante | NIT: _____ |
| <input type="radio"/> Cooperativa | NIT: _____ |
| <input type="radio"/> Persona Natural* | CC __ PA __ CE __ SC __ CD __ NIT__
No. _____ |

* **IMPORTANTE:** *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 Nombres y apellidos _____, identificados con Documento de identidad No. Número _____, certificamos bajo la gravedad del juramento, que:

- 1 Los empleados jóvenes 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:

Rep. Legal o Persona natural empleadora /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 _____