

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

Nombre o Razón Social del postulante: _____

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Persona Jurídica | NIT: _____ |
| <input type="radio"/> Entidad sin ánimo de lucro | 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. _____ |

*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. _____, 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: