

**CERTIFICACIÓN
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**

Nombre o Razón Social del postulante: _____

Persona Jurídica: _____ NIT: _____

Entidad sin ánimo de lucro: _____ NIT: _____

Consortio o Unión Temporal: _____ NIT: _____

Patrimonio Autónomo Declarante: _____ NIT: _____

Persona Natural *: _____ CC __ CE __ PA __ SC __ CD __ NIT __
No. _____

Cooperativa de Trabajo Asociado (que se postularon en vigencia del Decreto 1376 de 2023): _____
NIT: _____

*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 _____ (Tipo 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 a los 6 meses inmediatamente anteriores al de la presente postulación, incluido el mes del incentivo.
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 mayo de 2023, así como los de los 6 meses anteriores al de la postulación, incluido el mes del incentivo se encuentran al día, para todos los empleados que tuvimos durante dichos meses.

<<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: