FORMATO N. 1 - CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha

Doctor
xxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx
Departamento de Santander

REF: xxxxxxxxxxxxxx

OBJETO:".

Respetada doctora:

Por medio de los documentos adjuntos me permito presentar propuesta para participar en el proceso de selección tendiente a la contratación del convenio cuyo objeto: **xxxxxxxxxxxxx".**

Así mismo, en el evento de resultar favorecido con la aceptación de la oferta, me comprometo a presentar los documentos requeridos para la suscripción del convenio y a efectuar los trámites para la legalización y ejecución del mismo, dentro de los plazos establecidos para el efecto en la INVITACIÓN PÚBLICA. Igualmente, me comprometo a ejecutar el objeto contractual de acuerdo con los documentos que hacen parte del proceso de selección, así como los del convenio, la oferta económica y las demás estipulaciones de la misma.

En mi calidad de proponente declaro:

1. Que conozco la INVITACIÓN PÚBLICA del proceso de selección e información sobre preguntas y respuestas, así como los demás documentos relacionados con el objeto a desarrollar y acepto cumplir todos los requisitos en ellos exigidos, para lo cual me comprometo a diligenciar todos y cada uno de los formatos exigidos.

2. Igualmente, declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aportada y contenida en mi propuesta es veraz y susceptible de comprobación.

3. Que acepto las condiciones y demás exigencias para la ejecución del convenio.

4. Que en caso de que se me adjudique el convenio me comprometo a suscribir el acta de iniciación u orden de Ejecución y a CUMPLIR el convenio dentro de los plazos contractuales, de acuerdo con lo establecido en los documentos del proceso de selección.

5. Que conozco y acepto en un todo las leyes generales y especiales aplicables a este proceso contractual.

6. Que, con la firma de la presente carta certifico bajo la gravedad del juramento, que ni el Representante Legal de la ESAL ni la persona jurídica, se encuentran incurso dentro de las inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones o conflictos de intereses, establecidos en la Constitución Política, la Ley 80 de 1993 y demás normas pertinentes.

7. Que autorizo a LA ENTIDAD ESTATAL para que verifique que la ESAL (ni los miembros que lo integran si fuere el caso) no se encuentra Reportada en el último Boletín de Responsables Fiscales, expedido por la Contraloría General de la República.

8. Que leí cuidadosamente la INVITACIÓN PÚBLICA y elaboré mi propuesta ajustada a los mismos. Por tanto, conocí y tuve las oportunidades establecidas para solicitar aclaraciones, formular objeciones, efectuar preguntas y obtener respuestas a mis inquietudes.

Por lo tanto, MI PROPUESTA se resume así:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
NIT
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
CC. Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

PLAZO PARA EJECUTAR EL CONVENIO:

Nos comprometemos a ejecutar el convenito, en los plazos establecidos en la INVITACIÓN PÚBLICA.

VALIDEZ DE LA PROPUESTA: Para todos los efectos, se entenderá que la oferta se mantendrá vigente durante la ejecución y hasta la liquidación del convenio.

Consta de (___) folios debidamente numerados.

Declaro bajo la gravedad de juramento que el proponente SI ____o NO____ ha sido sancionado por alguna(s) de las Entidades Estatales enunciadas en el artículo 2 de la Ley 80 de 1993 con multa o cláusula penal, mediante providencia ejecutoriada dentro de los últimos DOS (2) años anteriores a la fecha definitiva de cierre del proceso de selección en referencia. (En caso afirmativo, se deben relacionar las multas, las cláusulas penales respectivas y anexar copia de las sanciones y de las constancias de ejecutoria correspondientes.)

10. Que, en el caso en que me sea adjudicado el convenio me comprometo a aportar, previo a la suscripción del mismo, el NIT y el RUT.

11. Que el Valor total de mi propuesta es de $ _____, incluido el valor de retención, gastos de Legalización, impuestos, tasas, etc.

12. Me permito informar que las comunicaciones relativas a este proceso de selección las recibiré en la siguiente dirección: Dirección: _____, Ciudad: _____, Teléfono(s): _____, Fax: _____, Correo Electrónico_____

Atentamente,

Nombre o Razón Social: _____,
Nit_____,
Nombre del Representante Legal: _____,
C.C. Nº _____, de _____,
FIRMA: _____,
NOMBRE DE QUIEN FIRMA: _____,

FORMATO N. 2 - COMPROMISOS DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN

Ciudad y fecha

Doctor
Xxxxx
xxxxx
Departamento de Santander

REF: xxxxxxx

OBJETO: xxxxxxxxxxxxxxxxxxx

El suscrito: _____, identificado con cédula de ciudadanía No_____, de_____, domiciliado en_____, actuando en representación Legal de_____ manifiesto la voluntad de asumir el presente COMPROMISO DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que el DEPARTAMENTO DE SANTANDER, adelanta un proceso contractual que tiene el siguiente objeto: "xxxxxxxxxxx".

2. Que me comprometo en apoyar la acción del Estado Colombiano y del DEPARTAMENTO DE SANTANDER, en el implemento de mecanismos y normas para el fortalecimiento de la transparencia en los procesos contractuales y en la lucha contra la corrupción.

3. Que tengo interés en el presente proceso contractual y me encuentro dispuesto a suministrar la información necesaria para la transparencia del proceso, para lo cual realizo las siguientes declaraciones y compromisos:

DECLARACIONES

PRIMERA: Declaro no encontrarme incurso dentro de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en la Constitución Política ni en el artículo 8º. de la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, así como no tener sanción vigente por la trasgresión de alguna de ellas, para contratar con Entidades Públicas.

SEGUNDA: Declaro que toda la información que suministré y suministraré al DEPARTAMENTO DE SANTANDER, es cierta y precisa y que no omití ni omitiré información que sea necesaria para la transparencia en la celebración y desarrollo del convenio.

TERCERA: Declaro que no he ofrecido, ni ofreceré, no he dado, ni daré, ni directa ni indirectamente, dádiva o beneficio para obtener una decisión a mi favor, ventaja impropia o para perjudicar a alguno de los proponentes.

CUARTA: Declaro que la propuesta presentada es seria y económicamente ajustada a la realidad, que asegura la posibilidad de ejecutar el objeto del presente convenio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en la INVITACIÓN PÚBLICA.

QUINTA: Declaro públicamente que conozco y acepto las reglas establecidas para el presente convenio, las modificaciones, adendas, así como las aclaraciones que se realicen a la INVITACIÓN PÚBLICA, en condiciones de transparencia, equidad e igualdad.

COMPROMISOS

PRIMERO: Si llegare a sobrevenir una inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, me comprometo a ceder el convenio, previa autorización escrita por el DEPARTAMENTO DE SANTANDER, y si ello no fuere posible renunciaré a la ejecución del mismo, de conformidad con lo previsto en el artículo 9º.de la Ley 80 de 1993.

SEGUNDO: Me comprometo a desarrollar todas mis actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente convenio.

TERCERO: Me comprometo a suministrar al DEPARTAMENTO DE SANTANDER, cualquier información sobre actos de corrupción, soborno, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tener conocimiento.

CUARTO: Me comprometo a cumplir todas las obligaciones, cargas y los términos en general, previstos en la INVITACIÓN PÚBLICA de la referencia y en el convenio.

QUINTO: Me comprometo a desàrrollar todas las actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente convenio.

SEXTO: Me comprometo a guardar cautela y reserva absoluta en lo que corresponde a la información y trámite del proceso, incluido el periodo de ejecución.

En constancia de lo anterior y como manifestación de aceptación de los compromisos y declaraciones incorporadas en el presente documento, se suscribe en la ciudad de _____, el día_____, del mes de_____, de 20_____.

Firma _____
C.C No. _____
Representante Legal _____
Razón social o NIT _____

FORMATO 3 - CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES - (PERSONAS JURÍDICAS)

Ciudad y fecha

Doctor
Xxxxxxxx
xxxxx
Departamento de Santander

REF: xxxxxxxxx

OBJETO: xxxxxxxxxxxxx".

[Use la opción que corresponda, según certifique el Representante Legal o el Revisor Fiscal]

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de **Representante Legal** de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____ , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de **Revisor Fiscal** de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____ , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar) pagados por la compañía durante los últimos seis (6) calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta, dichos pagos corresponden a los montos contabilizados y cancelados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

NOTA 1: Para relacionar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto, en el artículo 10 de la ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1670 de 2007.

NOTA 2: En caso de presentar acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá precisar el valor y el plazo previsto para el acuerdo de pago, con indicación del cumplimiento de esta obligación.

Presentado para ser válida dentro del proceso de selección No. _____

Dada en _____ a los ( )_____ del mes de _____ de _____

FIRMA ----------
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA _____

FORMATO 4 – PROPUESTA ECONOMICA– CUADRO RESUMEN

DILIGENCIAR OBLIGATORIAMENTE ARCHIVO DENOMINADO "FORMATO DE OFERTA ECONOMICA" ANEXO AL PRESENTE PROCESO

FORMATO 5 – PROPUESTA APORTE EN ESPECIE ESAL–

Ciudad y fecha

Doctor
Xxxx
xxxxxx
Departamento de Santander

REF: xxxxxxxxxxxxxxxx

OBJETO: xxxxxxxxxxxxxxxxxx".

Conforme a la convocatoria pública del proceso de referencia, informo el porcentaje del aporte en especie conforme a los siguiente:

LA ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO realizará los siguientes aportes:

ACTIVIDAD	PORCENTAJE

REPRESENTANTE LEGAL
CC

FORMATO 6 – PERSONAL PROFESIONAL MINIMO REQUERIDO

PERFIL	CANT	NOMBRE	FOLIOS

FIRMA DEL PROPONENTE
NOMBRE
C.C.

FORMATO 7 - ACREDITACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

PROPONENTE: _____

CONTRATO O CONVENIO No.	NOMBRE DEL CONTRATANTE	VALOR CONTRATO O. CONVENIO	OBJETO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE TERMINACIÓN

_____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE
Nombre:
Documento Identidad:

Nota: La información reflejada en el siguiente formulario debe soportarse en las respectivas certificaciones allegadas con la propuesta.

FORMATOS PARA CRITERIO DE DESEMPATE – EN CASO DE APLICAR

FORMATO 8 – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA Y/O MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (PERSONA JURÍDICA)

Ciudad y fecha

Doctor
Xxxx
xxxx
Departamento de Santander

REF: xxxxxxxxxxxxxxxxxxx
OBJETO: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx".

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o del revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] identificada con el NIT [Incluir el NIT], certifico bajo la gravedad de juramento que más del 50 % de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por mujeres cabeza de familia y/o mujeres víctima de violencia intrafamiliar. Esta información está soportada de acuerdo con los libros de comercio de la sociedad, los cuales gozan de reserva legal en los términos del artículo 61 del Código de Comercio.

En el siguiente cuadro señalo las mujeres cabeza de familia o mujeres víctima de violencia intrafamiliar que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las mujeres cabeza de familia o mujeres víctima de violencia intrafamiliar que participan en la persona jurídica (Incluir nombre y documento de identidad)	**Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro**

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda

FORMATO 9 – VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Ciudad y fecha

Doctor
Xxxx
xxxxx
Departamento de Santander

REF: xxxxxxxxxxxxxxx

OBJETO: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx".

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] [identificada con el NIT _____], certifico que tengo vinculado en la planta de personal un mínimo del diez por ciento (10 %) de empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la Ley 361 de 1997, contratados [con una anterioridad no inferior a un año o desde la constitución de la sociedad (para sociedades con menos de un año de constitución)], para lo cual adjunto el certificado expedido por el Ministerio del Trabajo.

De igual manera me comprometo en caso de resultar adjudicatario del presente Proceso de Contratación, a mantener vinculados a los empleados en condiciones de discapacidad por un lapso igual al del plazo de ejecución del Convenio.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

_____

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda]

FORMATO 10 – VINCULACIÓN DE PERSONAS MAYORES Y NO BENEFICIARIAS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA (TRABAJADOR)

Ciudad y fecha

Doctor
Xxxx
xxxx
Departamento de Santander

REF: xxxxx

OBJETO: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx".

Estimados señores:

[Incluir el nombre del trabajador vinculado en la planta de personal la persona natural o de la persona jurídica] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de trabajador vinculado a [Indicar el nombre de la persona jurídica o persona natural], [identificada con el NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que no soy beneficiario de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y ya cumplí la edad de pensión.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

_____

[Nombre y firma del trabajador vinculado a la persona natural o jurídica]

FORMATO 11 – VINCULACIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALENQUERA, RROM O GITANA

Ciudad y fecha

Doctor
Xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx
Departamento de Santander

REF: xxxxxxxxxxxx

OBJETO: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx".

Estimados señores:

[Incluir el nombre del Proponente persona natural o del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del Proponente Plural] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que:

i) El número total de trabajadores vinculados a la nómina corresponden a [Diligenciar el número de trabajadores vinculados a la nómina]

ii) En la nómina están vinculadas las siguientes personas: [Indicar a continuación el nombre y número de cédula de las personas que se encuentran vinculadas al Proponente o integrante del Proponente Plural según corresponda y respecto de las cuales se aportan las pruebas correspondientes, para acreditar la pertenencia a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitanas]

Nombre completo	Número de identificación

iii) Así mismo declaramos que las personas señaladas anteriormente se encuentran vinculadas con una antigüedad igual o mayor a un año contado a partir de la fecha del cierre del presente Proceso de Contratación. [Para los casos de constitución inferior a un año se tendrá que indicar que las personas señaladas se encuentran vinculadas desde el momento de constitución de la misma].

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__

_____

[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, o el representante del Proponente Plural]

FORMATO 12 – PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN Y/O REINTEGRACIÓN (PERSONAS JURÍDICAS)

Ciudad y fecha

Doctor
xxxxxxxxxxxx
Departamento de Santander

REF: xxxxxxxxxxxxx

OBJETO: xxxxxxxxxxxxxxxx.

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica y el revisor fiscal, si están obligados a tenerlo] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal o ambos] de [Incluir la razón social de la persona jurídica], [identificada con el NIT _____], certifico bajo gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de la composición accionaria o cuota parte de la persona jurídica está constituida por personas en proceso reincorporación y/o reintegración. Esta información está soportada de acuerdo con los respectivos certificados de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz o del Comité Operativo para la Dejación de Armas y el documento de identificación de cada una de dichas personas.

En el siguiente cuadro señalo las personas en proceso de reincorporación o reintegración que participan mayoritariamente en la persona jurídica, junto con su respectivo porcentaje de participación:

Identificación de las personas en proceso de reincorporación o reintegración (Incluir nombre y documento de identidad)	Número de cuotas sociales, acciones que poseen o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica o revisor fiscal]

FORMATO DE INFORMACIÓN Y AUTODECLARACIÓN DE INDICADORES DE EFICIENCIA DE LA ESAL

Proceso competitivo para la celebración de contrato con entidad privada sin ánimo de lucro

Instrucción para el proponente: diligencie todos los campos que correspondan, indique el año fiscal utilizado 2025 y adjunte los documentos de soporte exigidos en la invitación. Si un dato no aplica, escriba "No aplica" y explique brevemente. Los valores deben expresarse en pesos colombianos (COP), salvo que se indique otra unidad. No deje casillas vacías sin explicación.

1. Identificación de la ESAL

Campo	Información a diligenciar
Razón social completa	_____
NIT	_____
Domicilio principal / municipio / departamento	_____
Dirección, correo electrónico y teléfono	_____
Representante legal	_____
Fecha de constitución	_____
Año fiscal reportado para los indicadores	_____
Régimen tributario: indicar si pertenece al Régimen Tributario Especial (RTE)	☐ Sí ☐ No ☐ En trámite / explicar: _____
Actividad meritoria y fundamento estatutario relacionado con el objeto	_____ _____

2. Indicador de eficiencia en la administración de proyectos

De acuerdo con el anexo "Indicadores de la eficiencia de la organización", el indicador compara los gastos de implementación de los proyectos durante el año reportado con el total de gastos de funcionamiento de la ESAL durante el mismo año.

Indicador 1 = (Gastos de implementación de los proyectos en el año X ÷ Total de gastos de funcionamiento de la ESAL en el año X) × 100

Concepto	Valor en COP	Documento / referencia del soporte
Gastos de implementación de los proyectos durante el año X	$ _____	_____
Total de gastos de funcionamiento de la ESAL durante el año X	$ _____	_____
Resultado del indicador 1	_____ %	Cálculo del proponente

Fórmula de diligenciamiento: (valor de gastos de implementación de proyectos ÷ total de gastos de funcionamiento) × 100. Conforme al anexo de referencia, un porcentaje mayor refleja una mayor proporción de recursos destinada a implementar proyectos y atender necesidades de la comunidad frente a los gastos de funcionamiento.

3. Indicador relacionado con contribuciones del sector privado

El anexo de referencia propone un indicador que relaciona el total de gastos de funcionamiento de la ESAL durante el año X con el total de contribuciones del sector privado recibidas en el mismo año. El proponente debe reportar los valores y el resultado.

Indicador 2 = Total de gastos de funcionamiento de la ESAL en el año X ÷ Total de contribuciones del sector privado en el año X

Concepto	Valor en COP	Documento / referencia del soporte
Total de gastos de funcionamiento de la ESAL durante el año X	$ _____	_____
Total de contribuciones del sector privado durante el año X	$ _____	_____

Concepto	Valor en COP	Documento / referencia del soporte
Resultado del indicador 2	_____ (veces / razón)	Cálculo del proponente

Si el total de contribuciones del sector privado es cero, el proponente deberá indicarlo expresamente y no calcular una división entre cero. La entidad estatal definirá en los documentos del proceso cómo se valorará esta circunstancia, sin presumir automáticamente incumplimiento.

El anexo señala que el proponente podrá cumplir el requisito con cualquiera de las opciones allí presentadas. Por ello, marque la opción que presenta para acreditación, de acuerdo con las reglas definitivas de la invitación:

☐ Opción 1: indicador de eficiencia en la administración de proyectos. ☐ Opción 2: indicador relacionado con contribuciones del sector privado. ☐ Presenta ambas opciones.

4. Documentos de soporte que se adjuntan

N.º	Documento	Adjunta	Nombre / observaciones
1	Estados financieros del año fiscal 2025 reportado, con sus notas y certificaciones que correspondan	☐ Sí ☐ No	_____
2	Declaración tributaria aplicable al año reportado, cuando corresponda	☐ Sí ☐ No	_____
3	Certificado del RUP, si cuenta con él y resulta pertinente	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	_____
4	Certificado de existencia y representación legal vigente	☐ Sí ☐ No	_____
5	Soporte de inscripción o calificación en el Régimen Tributario Especial, formato 5245 DIAN.	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	_____

5. Declaración del representante legal

Yo, _____, identificado(a) con _____, actuando en calidad de representante legal de _____, declaro bajo la gravedad de juramento que la información consignada en este formato y los documentos aportados son completos, verificables y corresponden a la situación de la ESAL para el año fiscal indicado. Autorizo a la entidad estatal a verificar la información ante las fuentes y autoridades competentes, conforme a las reglas del proceso.

Nombre del representante legal: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Nombre de la ESAL: _____

NIT: _____