Ciudad, fecha

Señor(a)

*(Nombre)*

Director(a)

Fondo de Garantías de Instituciones Financieras

Carrera 7 No. 35-40

Bogotá D.C.

Asunto: Certificación Formato de Depósitos Individuales

En cumplimiento de la Resolución Externa No. *xxx* del *xx* de *xxx* de 201*x*, emitida por el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras, los suscritos Representante Legal y Revisor Fiscal de (*NOMBRE DE LA ENTIDAD INSCRITA)*, certificamos que a la fecha, esta entidad cuenta con la capacidad técnica y operativa para generar el Formato de Depósitos Individuales en las condiciones establecidas en dicha Resolución.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal Revisor Fiscal

Nombre: Nombre:

No. de Identificación: No. de Identificación:

Cargo: Entidad:

***Nota: Por favor realice la impresión de esta certificación en papelería oficial de su entidad***