

# CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

Nombre o Razón Social del postulante: \_\_\_\_\_

- Persona Jurídica NIT: \_\_\_\_\_
- Entidad Sin Ánimo de Lucro NIT: \_\_\_\_\_
- Consorcio Unión Temporal NIT: \_\_\_\_\_
- Patrimonio Autónomo Declarante NIT: \_\_\_\_\_

\* **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, está registrado en el RUES, el RUAF y cumple los demás requisitos del programa

Persona Natural CC PA CE SC CD NIT\_ No. \_\_\_\_\_

Los suscritos **NOMBRES Y APELLIDOS** con **DOCUMENTOS DE IDENTIDAD** No. \_\_\_\_\_ certificamos, bajo la gravedad del juramento, que:

1. El postulante al programa evidenció una disminución del veinte por ciento (20%) o más en sus ingresos, calculada con base en el método establecido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en el artículo 5 de la Resolución No. 2162 del 13 de noviembre de 2020 así:

## Marque con equis (x) una de las dos opciones

- Numeral 1°:** se compararon los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con los ingresos del mismo mes del año inmediatamente anterior.
- Numeral 2°:** se compararon los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con el promedio aritmético de ingresos de enero y febrero de 2020.

2. Los empleados sobre los cuales se recibirá el aporte efectivamente recibieron el salario correspondiente al mes inmediatamente anterior; o, únicamente para las postulaciones de los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 2020, pagarán, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de los recursos, las obligaciones laborales adeudadas.
3. La información sobre la actividad económica presentada en las variables POS 12 y POS 13 (si aplica) del presente formulario es veraz, en las condiciones allí descritas.

CIUDAD 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: