

CERTIFICACIÓN

CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

Nombre o Razón Social del postulante: _____

☐ Persona Jurídica

NIT: _____

☐ Entidad Sin Ánimo de Lucro

NIT: _____

☐ Consorcio o Unión Temporal

NIT: _____

☐ Patrimonio Autónomo Declarante

NIT: _____

☐ Persona Natural

CC: _____ PA: _____ CE: _____ SC: _____ CD: _____ NIT: _____

No. _____

*** 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

Los suscritos _____ *Nombre y Apellidos* con _____ *Documento de Identidad*
No. _____ certificamos, bajo la gravedad de 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 UNA DE LAS DOS OPCIONES

- ☐ **Numeral 1º:** 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 2º:** 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 pagarán, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de los recursos, las obligaciones laborales adeudadas de las nóminas de los meses de agosto, septiembre y octubre de 2020, si existieran.
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

Nombre y apellidos:
No. Identificación:
Dirección:
Ciudad:
Teléfono:
Correo electrónico:

Revisor fiscal / Contador

Nombre y apellidos:
No. Identificación:
Dirección:
Ciudad:
Teléfono:
Correo electrónico: