

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

Nombre o Razón Social del postulante: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Persona Jurídica
<input type="radio"/> Entidad Sin Ánimo de Lucro
<input type="radio"/> Consorcio o Unión Temporal
<input type="radio"/> Patrimonio Autónomo Declarante
<input type="radio"/> Persona Natural | NIT: _____
NIT: _____
NIT: _____
NIT: _____
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

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 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. | <input type="radio"/> 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

Revisor fiscal / Contador

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

No. Identificación:

No. Identificación:

Dirección:

Dirección:

Ciudad:

Ciudad:

Teléfono:

Teléfono:

Correo electrónico:

Correo electrónico: