

# 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: \_\_\_\_\_

Cooperativa NIT: \_\_\_\_\_

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

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 y cumple los demás requisitos del programa

Los suscritos **NOMBRES Y APELLIDOS**, identificados con **DOCUMENTO 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 de sus ingresos, calculada con base en el método establecido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en el artículo 5 de la Resolución 2474 del 15 de octubre de 2021, es decir, al comparar los ingresos del mes del aporte (mayo y/o junio de 2021) con los ingresos obtenidos en marzo de 2021.
2. Los empleados sobre los cuales se recibirá el aporte efectivamente recibieron el salario correspondiente al mes del apoyo

**IMPORTANTE:** La presente certificación aplica para todos los meses para los que el postulante se presenta al Programa de apoyo a empresas afectadas por el paro nacional través del presente formulario, según lo señalado en la variable POS 2 del mismo.

CUIDAD 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: