

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

Nombre o Razón Social del postulante: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Persona Jurídica | NIT: _____ |
| <input type="radio"/> Entidad Sin Ánimo de Lucro | NIT: _____ |
| <input type="radio"/> Consorcio o Unión Temporal | NIT: _____ |
| <input type="radio"/> Persona Natural | CC __ PA __ CE __ SC __ CD __
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 3° de la Resolución No. 1129 del 20 de mayo de 2020 así:

Marque con equis (x) una de las dos opciones

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Numeral 1°: se compararon los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con los ingresos del mismo mes del año 2019. | <input type="radio"/> 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 el pago de la nómina de abril**, con el aporte se pagarán, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de los recursos, las obligaciones laborales adeudadas.

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: