



# 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 recibirá el aporte, efectivamente recibieron el salario correspondiente al mes inmediatamente anterior; y/o efectivamente recibieron el segundo pago de la prima de servicios del año 2020, en las condiciones establecidas en el artículo 9 del Decreto Legislativo 770, modificado por el artículo 9 de la Ley 2060 de 2020.
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:

No. Identificación:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre y apellidos:

No. Identificación:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Correo electrónico: