CERTIFICACIÓN
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

Nombre o Razón Social del postulante: _____

- ◉ Persona Jurídica — NIT: _____
- ○ Entidad Sin Ánimo de Lucro — NIT: _____
- ○ Consorcio o Unión Temporal — NIT: _____
- ○ Persona Natural — CC __ PA __ CE __ SC __ CD __ No. _____

Los suscritos NOMBRES Y APELLDOS 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 3º de la Resolución No. 1129 del 20 de mayo de 2020 así:

Marque con equis (x) 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 2019.
- ○ **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 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.

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: