**CERTIFICACIÓN**

**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**

Nombre o Razón Social del postulante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

○ Persona Jurídica NIT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

○ Entidad Sin Ánimo de Lucro NIT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

○ Consorcio o Unión Temporal NIT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

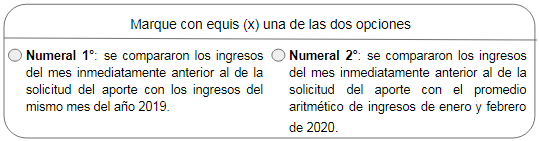
○ Persona Natural CC \_\_ PA \_\_ CE \_\_ SC \_\_ CD \_\_

No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los suscritos < 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 en base en el método establecido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en el artículo 3° de la Resolución 1129 del 20 de mayo de 2020 así:



1. 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 recursos, las obligaciones laborales adeudadas.

< Ciudad y Fecha >

Firmas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

< Representante Legal o Persona natural < Revisor Fiscal / Contador >

solicitante / Liquidador o Promotor > Nombre y Apellidos:

Nombre y Apellidos: No. Identificación:

No. Identificación: Tarjeta profesional No.:

Dirección: Dirección:

Ciudad: Ciudad:

Teléfono: Teléfono:

Correo electrónico: Correo electrónico: