

# 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 \_\_\_\_\_, identificados con \_\_\_\_\_ 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 2162 de 2020 del 13 de noviembre de 2020, modificado por el artículo 5 de la Resolución 2430 del 11 de octubre de 2021, así:

### Marque con equis (x) una de las dos opciones

- Numeral 1º:** Al comparar los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con los ingresos del mismo mes del año 2019.
- Numeral 2º:** Al comparar 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 o el pago de las compensaciones (según sea el caso) correspondiente al mes inmediatamente anterior al de la presente postulación.
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.
4. Al momento de la presente postulación, los pagos de seguridad social para el mes de marzo de 2021 se encuentran al día, para todos los empleados que tuvo el postulante en dicho mes.

**IMPORTANTE:** La presente certificación aplica para todos los meses para los que el postulante se presenta al programa PAEF través del presente formulario, según lo señalado en la variable POS 3 del mismo.

→ CUIDAD Y FECHA

**Ciudad y Fecha campo obligatorio**

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: