**FORMATO TIPO**

**DECLARACION AFECTACION DE INGRESOS**

**DECLARANTE**

NOMBRE:

IDENTIFICACION. C.C:

RAZON SOCIAL: (si aplica)

NIT: (si aplica)

REPRESENTANTE LEGAL: (si aplica)

DIRECCION DOMICILIO:

CIUDAD:

Declaro que mis ingresos se vieron afectados como consecuencia de alguno de los siguientes factores:

* Reducción de la demanda de productos agropecuarios.
* Dificultades en la cadena de abastecimiento de productos agropecuarios.
* Dificultades en la cadena de abastecimiento de insumos para la producción de productos agropecuarios.
* Disminución en los precios de venta.
* Afectaciones a la salud de los productores por COVID 19.
* Notorias alteraciones de orden público.
* Otros. Cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La anterior declaración se entiende realizada bajo la gravedad de juramento en los términos previstos en la Ley.**

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Huella

CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se expide a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año 2023.