



En los términos establecidos por los Decretos Legislativos 639 del 8 de mayo de 2020 y 770 del 3 de junio de 2020, modificados por los Decretos Legislativos 677 del 19 de mayo de 2020 y 815 del 4 de junio de 2020 y por la Ley 2060 del 22 de octubre de 2020 y lo dispuesto en la Resolución 2162 del 13 de noviembre de 2020 y la Resolución 0360 del 17 de febrero de 2021, expedidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, presento bajo la gravedad del juramento, la postulación al Programa de Apoyo al Empleo Formal PAEF y/o al Programa de Apoyo al Pago de la Prima de Servicios PAP, y certifico la veracidad de la información contenida en el presente formulario, que me permitirá, previo cumplimiento de los requisitos, acceder al (los) aporte(s) monetario(s) de naturaleza estatal definido en el marco de dichos programas, con el objeto de proteger el empleo formal del país durante la pandemia del COVID-19.

Programas a los que desea aplicar

Seleccione una (1) opción según su necesidad

PROG1

- Únicamente PAEF
- Únicamente PAP
- Tanto PAEF como PAP

Si marcó "Únicamente PAP" o "Tanto PAEF como PAP", recuerde anexar el formato "Intención de ser beneficiario del Programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios - PAP"

Información general de la postulación

POS1

Número de radicado:

POS2

- Septiembre 2020
- Octubre 2020
- Noviembre 2020
- Diciembre 2020
- Enero 2021
- Febrero 2021
- Marzo 2021

POS3

Nombre o Razón Social: _____

POS4

- Persona Jurídica NIT: _____
- Entidad Sin Ánimo de Lucro NIT: _____
- Consorcio Unión Temporal NIT: _____
- Patrimonio Autónomo Declarante NIT: _____

*** 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

Persona Natural CC_ PA_ CE_ SC_ CD_ NIT No. _____

POS7 Dirección: _____ POS8 Departamento: _____

POS9 Municipio: _____ POS10 Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____

POS11 Correo electrónico: _____

POS12

Actividad económica principal (Código CIU): _____

Actividad económica principal (nombre): _____

POS13

Sólo para los postulantes clasificados en alguna de las actividades establecidas en el literal b del artículo 1 de la Resolución 2162 del 13 de noviembre de 2020: ¿Ha venido desarrollando dicha actividad, como actividad principal, al menos desde el 06 de mayo de 2020 y hasta el mes anterior a la presente postulación de forma ininterrumpida? SI NO

POS5 y POS6



POS14

¿Es beneficiario del crédito para nómina garantizado por el Fondo Nacional de Garantías –FNG?

SI NO

Si su respuesta es SI, recuerde que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de la Resolución 2162 de 2020, debe presentar su solicitud de subsidio del PAEF en la misma entidad financiera en la que tramitó dicho crédito. En cualquier caso, continúe con el diligenciamiento de los siguientes campos.

POS15 Entidad financiera: _____

POS16 Tipo de cuenta: _____ POS17 No. Cuenta: _____

POS18 Tiponúmero de documento de identidad asociado al producto financiero _____

Información del representante legal

(No aplica para personas naturales)

LEG1 Nombres: _____ LEG2 Apellidos: _____

LEG3 CC PA CE SC CD LEG4 No. _____

LEG5 Correo electrónico: _____ LEG6 Celular: _____

Manifestación del cumplimiento de requisitos

De acuerdo con lo establecido en por los Decretos Legislativos 639 del 8 de mayo de 2020 y 770 del 3 de junio de 2020, modificados por los Decretos Legislativos 677 del 19 de mayo de 2020 y 815 del 4 de junio de 2020 y por la Ley 2060 del 22 de octubre de 2020, los requisitos manifestados a continuación son habilitantes para continuar con la postulación a los beneficios de cualquiera de los programas, PAEF o PAP. Si no cumple con alguno de ellos, absténgase de continuar con esta solicitud. Su respuesta puede ser SI o NO dependiendo del caso

SI NO

CUM1 Cuenta con un producto de depósito (cuenta de ahorros, cuenta corriente o depósito electrónico) en una entidad financiera vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia o por la Superintendencia de Economía Solidaria.

CUM2 Fue constituida antes del 6 de mayo de 2020. Para personas naturales que deben estar inscritas en el registro mercantil, tome como referencia la fecha de inscripción.

CUM3 Tuvo una disminución del veinte por ciento (20%) o más en sus ingresos, en los términos descritos en el artículo 5 de la Resolución 2162 o el artículo 3 de la Resolución 0360

Al comparar los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con los ingresos del mismo mes del año inmediatamente anterior.

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.

CUM4 La participación de la nación y/o sus entidades descentralizadas es mayor al 50% de su capital.

CUM5 Ha presentado esta misma solicitud ante otra entidad financiera.

CUM6 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.



Manifestación del cumplimiento de requisitos

Si usted hace parte de una sustitución patronal o de empleador:

SUS1 Tipo y número de identificación de las personas naturales o jurídicas que hacen parte de la sustitución patronal o de empleador, en calidad de empleador sustituido y nuevo empleador.

Tipo: _____ Número: _____

Tipo: _____ Número: _____

Tipo: _____ Número: _____

Tipo: _____ Número: _____

SI

NO

Si usted es un consorcio, una unión temporal o una persona natural o jurídica que hace parte de estas figuras:

CON1 Cumple con lo dispuesto en el párrafo 8 del artículo 2 del Decreto Legislativo 639 de 2020, modificado por el artículo 1 del Decreto Legislativo 677 de 2020 y por el artículo 2 del decreto 815 de 2020 y/o con lo dispuesto en el párrafo 8 del Artículo 8 del Decreto Legislativo 770 de 2020.

SI

NO

Solo si usted es un consorcio o unión temporal:

CON2 Tipo y número de identificación de las personas jurídicas o naturales que hacen parte del consorcio o unión temporal:

Tipo: _____ Número: _____

Tipo: _____ Número: _____

Tipo: _____ Número: _____

Tipo: _____ Número: _____

SI

NO

Si usted es una persona natural:

NAT1 Tuvo tres (3) o más empleados reportados en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) correspondiente al periodo de cotización del mes de febrero de 2020, en las condiciones establecidas en el párrafo 1 del artículo 2 de la Resolución 2162 de 2020.

SI

NO

NAT2 Es una Persona Expuesta Políticamente (PEP) o cónyuge, compañero(a) permanente o pariente en el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de una PEP, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.4.2.3 del Decreto 1081 de 2015.

SI

NO



Empleados sobre los que se reconoce el subsidio

Para los potenciales beneficiarios del programa PAEF, en desarrollo de lo establecido en el artículo 3 del Decreto Legislativo 639 de 2020, modificado por el artículo 2 del Decreto Legislativo 677 de 2020, por el artículo 3 del Decreto Legislativo 815 y por el artículo 5 de la Ley 2060 de 2020, los empleados sobre los que se reconoce el presente subsidio, corresponden a aquellos reportados en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) para el periodo de cotización del mes inmediatamente anterior al de la postulación a cargo de dicho beneficiario, en las condiciones señaladas en el artículo 7 de la Resolución 2162 de 2020.

Para los potenciales beneficiarios del Programa PAP, en desarrollo de lo establecido en el párrafo 1 del artículo 9 del Decreto Legislativo 770 de 2020, modificado por el artículo 9 de la Ley 2060 de 2020, los empleados sobre los que se reconoce el presente subsidio, corresponden a aquellos reportados en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) correspondiente al periodo de cotización del mes de diciembre de 2020, en las condiciones señaladas en el artículo 4 de la resolución 0360 de 2021.

Verificación de requisitos

Con el objetivo de que la UGPP pueda adelantar la verificación de requisitos señalada en el artículo 7 de la Resolución 2162, certifico que se encuentran pagados los aportes en la(s) Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) tipo E (tipo X para empresas en liquidación) de los trabajadores objeto del subsidio, así:

PIL 1

del periodo de agosto 2020 No. _____
(diligenciar únicamente para la solicitud de septiembre 2020)

del periodo de septiembre 2020 No. _____
(diligenciar únicamente para la solicitud de octubre 2020)

del periodo de octubre 2020 No. _____
(diligenciar únicamente para la solicitud de noviembre 2020)

del periodo de noviembre 2020 No. _____
(diligenciar únicamente para la solicitud de diciembre 2020)

del periodo de diciembre 2020 No. _____
(diligenciar para la solicitud de enero 2021 y en caso de presentarse al PAP)

del periodo de enero 2021 No. _____
(diligenciar únicamente para la solicitud de febrero 2021)

del periodo de febrero 2021 No. _____
(diligenciar únicamente para la solicitud de marzo 2021)

De acuerdo con lo establecido en los Decretos Legislativos 639 de 2020 y 770 de 2020, modificado por los Decretos Legislativos 677 de 2020 y 815 de 2020 y la Ley 2060 de 2020, expreso mi consentimiento y certifico el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma, los cuales he declarado bajo la gravedad del juramento y asumo la responsabilidad derivada de cualquier inexactitud o incumplimiento de las disposiciones pertinentes.

Firma del Representante Legal o persona natural solicitante / Liquidador o Promotor.

CC No. _____

Anexos

- Certificación "Cumplimiento de requisitos"
(Firmada por el representante legal o persona natural solicitante y el revisor fiscal, o contador público) .
- Registro Único Tributario (RUT) si es una ESAL, Consorcio o Unión Temporal o Patrimonio Autónomo Declarante .
- Intención de ser beneficiario del Programa de Apoyo al pago de la Prima de Servicios - PAP

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

Nombre o Razón Social del postulante: _____

- Persona Jurídica NIT: _____
- Entidad Sin Ánimo de Lucro NIT: _____
- Consorcio Unión Temporal NIT: _____
- Patrimonio Autónomo Declarante NIT: _____

* **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

Persona Natural CC PA CE SC CD NIT_ No. _____

Los suscritos **NOMBRES Y APELLIDOS** 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 5 de la Resolución No. 2162 del 13 de noviembre de 2020 así:

Marque con equis (x) una de las dos opciones

- Numeral 1°:** 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 2°:** 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; 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

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:

INTENCIÓN DE SER BENEFICIARIO DEL PROGRAMA DE APOYO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DE SERVICIOS – PAP

Certificación

Nombre o Razón Social del postulante: _____

- Persona Jurídica NIT: _____
- Entidad Sin Ánimo de Lucro NIT: _____
- Consorcio Unión Temporal NIT: _____
- Patrimonio Autónomo Declarante NIT: _____

*** 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

Persona Natural CC PA CE SC CD NIT_ No. _____

Por medio de la presente manifiesto mi intención de ser beneficiario del Programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios - PAP, en los términos y condiciones establecidas por el Decreto Legislativo 770 de 2020, modificado por la Ley 2060 de 2020 y la Resolución 0360 de 2021.

Los empleados sobre los cuales recibiré el aporte, efectivamente recibieron el segundo pago de la prima de servicios en las condiciones establecidas en el Decreto Legislativo 770 de 2020, modificado por la Ley 2060 de 2020.

Número de primas a solicitar: _____

CIUDAD 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: