### Formulario de Postulación al Programa de Apoyo al Empleo Formal – PAEF

En los términos establecidos por el Decreto Legislativo 639 del 8 de mayo de 2020, modificado por el Decreto Legislativo 677 del 19 de mayo de 2020 y lo dispuesto en la Resolución1129 del 20 de mayo de 2020, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, presento, bajo la gravedad del juramento, la postulación al Programa de Apoyo al Empleo Formal – PAEF, bajo el cual, previo cumplimiento de requisitos, se otorgará un aporte monetario de naturaleza estatal, mensualmente y hasta por tres veces, con el objeto de proteger el empleo formal del país durante la pandemia del COVID-19.

Información general de la postulación			
Número de radicado:			
O Primera solicitud	<ul><li>Segunda solicitud</li></ul>	<ul><li>Tercera solicitud</li></ul>	
Nombre o Razón Social:			
O Persona Jurídica	NIT:		
O Entidad Sin Ánimo de Lucro	NIT:		
O Consorcio o Unión Temporal	NIT:		
O Persona Natural	CC No	_PACESCCD	
POS7 Dirección:	POSS Depar	tamento:	
POS9 Municipio: PO	OS10 Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	
POS11 Correo electrónico:			
POS12 Actividad económica principal (Código CIIU):			
POS13 Actividad económica principal (nombre):			
	POS14  nómina garantizado por el Fond  SI NO Concuerdo con lo dispuesto en el parágrafo e subsidio del PAEF en la misma entidad	o 4, artículo 2 de la Resolución 1129	
POS15 Entidad financiera:  POS16 Tipo de cuenta:  POS17 No. Cuenta:			
Info	ormación del representante lega (No aplica para personas naturales)	al	
LEG1 Nombres:	LEG2 Apellidos:		
LEG3 CC PA CE SC CD LEG4 No.			
LEG5 Correo electrónico:	LEG6	Celular:	

### Formulario de Postulación al Programa de Apoyo al Empleo Formal – PAEF

### Manifestación del cumplimiento de requisitos

Legi con	ocuerdo con lo establecido en el Decreto Legislativo 639 de 2020, modificado por el Decreto slativo 677 de 2020, los requisitos manifestados a continuación son habilitantes para continuar la postulación al beneficio del PAEF. Si no cumple con alguno de ellos, absténgase de continuar esta solicitud. Su respuesta puede ser SI o NO dependiendo del caso.	SI	NO
CUM1	Cuenta con un producto de depósito en una entidad financiera vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia o por la Superintendencia de Economía Solidaria.	O	0
CUM2	Fue constituida antes del 1 de enero de 2020. Para personas naturales, tome como referencia para su respuesta la fecha de inscripción en el registro mercantil.	0	0
CUMB	Tuvo una disminución del veinte por ciento (20%) o más en sus ingresos, en términos descritos en la el artículo 3 de la Resolución 1129	los	
	Al comparar los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con los ingresos del mismo mes del año 2019.	0	0
	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.	0	0
		I	
CUM4	La participación de la nación y/o sus entidades descentralizadas es mayor al 50% de su capital.	0	0
12		1	i
CUMS	Ha presentado esta misma solicitud ante otra entidad financiera.	0	0
	Los empleados sobre los cuales recibirá el aporte, efectivamente recibieron el		
CUM6	salario correspondiente al mes inmediatamente anterior; o, <b>únicamente para el pago de la nómina de abril</b> , 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.	O	O

# Formulario de Postulación al

## Programa de Apoyo al Empleo Formal – PAEF

Manifestación del cumplimiento de requisitos		
	SI	NO
Si usted es un consorcio, una unión temporal o una persona natural o jurídio que hace parte de estas figuras:	ca	
Cumple con lo dispuesto en el parágrafo 8 del Artículo 2 del Decreto Legislativo 639 de 2020, modificado por el artículo 1 del Decreto Legislativo 677de 2020.	O	0
Solo si usted es un consorcio o unión temporal:		
Tipo y número de identificación de las personas jurídicas o naturales que hacen padel consorcio o unión temporal: Tipo: Número: Tipo: Número: Tipo: Número: Tipo: Número:	ırte	
	SI	NO
Si usted es una persona natural:		
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 numeral 1 del artículo 4 de la Resolución 1129 de 2020.	0	0
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.	0	0

### Formulario de Postulación al Programa de Apoyo al Empleo Formal – PAEF

#### Empleados sobre los que se reconoce el subsidio

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, 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 4 de la Resolución 1129 de 2020.

Con el objetivo de que la UGPP pueda adelantar la verificación de requisitos señalada en el artículo 4 de la Resolución 1129, 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:  PIL1  del periodo de abril 2020 No
del periodo de abril 2020 No
(diligenciar únicamente para la solicitud de mayo)  Importante: para las solicitudes de mayo los aportes deben haber sido pagados a más tardar el 22 de mayo de 2020.  del periodo de mayo 2020 No
del periodo de mayo 2020 No (diligenciar únicamente para la solicitud de junio)  del periodo de junio 2020 No
(diligenciar únicamente para la solicitud de junio)  del periodo de junio 2020 No.
(diligenciar únicamente para la solicitud de junio)  del periodo de junio 2020 No.
(diligenciar únicamente para la solicitud de julio)
De acuerdo con lo establecido en el Decreto Legislativo 639 de 2020, modificado por el Decreto Legislativo 677 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.
CC NO.

	Anexos
0	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 o Consorcio o Unión Temporal .

### CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

Nombre o Razón Social del postulante:	
O Persona Jurídica	NIT:
O Entidad Sin Ánimo de Lucro	NIT:
O Consorcio o Unión Temporal	NIT:
O 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:	
<ol> <li>El postulante al programa evidenció una dismi ingresos, calculada con base en el método estable en el artículo 3º de la Resolución No. 1129 del 20 del</li> </ol>	ecido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Marque con equis (x) ui	na 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 2019.	O 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.
	; o, <b>únicamente para el pago de la nómina de ab</b> ri los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción d
CUIDAD Y FECHA	
irmas:	
epresentante Legal o Persona natural solicitante	Revisor Fiscal / Contador
Liquidador o Promotor	Nombres y apellidos:
lombres y apellidos:	No. Identificación:
lo. Identificación:	Tarjeta profesional No.
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Гeléfono:	Teléfono:
Correo electrónico:	Correo electrónico: