

Anexo 3. Formulario de Postulación

PROGRAMA DE APOYO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DE SERVICIOS – PAP para el Sector Agropecuario

Presento, bajo la gravedad del juramento, postulación para el Programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios – PAP para el Sector Agropecuario, en los términos establecidos por el Decreto Legislativo 803 de 2020, las Resoluciones 178 de 2020, 249 del 26 octubre de 2020 y las resoluciones que la modifiquen, a través del cual se otorgará un aporte monetario de naturaleza estatal, por una única vez, con el objeto de apoyar y subsidiar el primer pago de la prima de servicios 2020 con ocasión la pandemia del COVID-19.

1. Número de primas a solicitar _____

Recuerde anexar el formato "Intención de ser beneficiario del Programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios – PAP para el Sector Agropecuario"

Información general de la postulación

2. Número de radicado:

3. Nombre Persona Natural:

4. CC PA CE SC CD

5. No. _____

6. Sexo: M H

7. Dirección: _____ 8. Departamento: _____

9. Municipio/Ciudad: _____ 10. Vereda: _____

11. Teléfono fijo: _____ 12. Teléfono Celular: _____

13. Correo electrónico: _____

14. Actividad económica principal (Código CIU): _____

15. Actividad económica principal (nombre): _____

16. Edad: _____

17. Pertenencia Étnica: NO _____ SI _____

18. ¿Cuál? _____

19. Nombre de Predio o Finca: _____

20. ¿Presenta usted alguna discapacidad? NO _____ SI _____

21. ¿Cuál? _____

22. ¿Pertenece a alguna asociación-agremiación? NO _____ SI _____

23. ¿Cuál? _____

24 ¿Usted es víctima del conflicto armado? NO _____ SI _____

25 ¿Usted es madre cabeza de familia? NO _____ SI _____

De acuerdo con lo establecido en el Decreto Legislativo 803 de 2020, los requisitos manifestados a continuación son habilitantes para continuar con la postulación al beneficio del PAP para el Sector Agropecuario. 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
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reportó al (s) empleado (s) en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA en el periodo de cotización del mes de junio de 2020, en las condiciones establecidas en el Decreto 803 de 2020.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha presentado esta misma solicitud ante otra entidad financiera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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 3 del Decreto 803 de 2020.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allegó la certificación expedida por el Administrador de la Contribución parafiscal del sector agropecuario, en las condiciones establecidas en las Resoluciones 178 de 2020, 249 del 26 octubre de 2020 y las resoluciones que la modifican.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los empleados beneficiarios del presente programa cotizaron al Sistema General de Seguridad Social en la Planilla de Liquidación de Aportes- PILA con un ingreso base desde un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente hasta un millón de pesos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. 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 3º de la Resolución No. 1129 del 20 de mayo de 2020 así:

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

1. Se compararon los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con los ingresos del mismo mes del año 2019.
2. Se compararon los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con el promedio aritmético de enero y febrero de 2020.

Empleados sobre los que se reconoce el subsidio

En desarrollo de lo establecido en el artículo 3 del Decreto Legislativo 803 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) desde enero hasta el periodo de cotización del mes de junio, en las condiciones señaladas en el artículo 3 del Decreto 803 de 2020.

Verificación de requisitos

Con el objetivo de que la UGPP pueda adelantar la verificación de requisitos señalada en las Resoluciones 178 de 2020 y 249 del 26 octubre de 2020, certifico que se encuentran pagados los aportes en la(s) Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) de los trabajadores objeto del subsidio, así:

28. PILA:

del periodo de enero 2020 No. _____

del periodo de febrero 2020 No. _____

del periodo de marzo 2020 No. _____

del periodo de abril 2020 No. _____
del periodo de mayo 2020 No. _____
del periodo de junio 2020 No. _____

29. El postulante autoriza para que, de manera libre, previa, expresa y voluntaria se realice el tratamiento de sus datos personales.

Tal autorización permite recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir de acuerdo con el procedimiento para el tratamiento de los datos personales, con el único fin de verificar, gestionar y demás actividades relacionadas con el Programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios PAP para el Sector Agropecuario.

El alcance de la autorización comprende la facultad para que se contacte al titular a través de diferentes medios de comunicación (telefónico, correo electrónico o mensaje de texto, entre otros).

Los titulares podrán ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos personales a través de los canales dispuestos para esto.

Al diligenciar este formulario usted autoriza que sus datos sean inter-operados (compartidos) entre instituciones públicas/privadas para verificar la información reportada:



SI



NO

30. Entidad Financiera: _____

31. No. de la Cuenta: _____

32. Tipo de Cuenta: Ahorro _____ Corriente _____

33. Firma del solicitante

34. Nombre del solicitante.

35. C.C. No. _____

Anexo 4. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

CERTIFICACIÓN

De acuerdo con lo establecido en el Decreto Legislativo 803 de 2020, los suscritos _____ (nombre y apellidos), identificados con _____ (Documento de identidad) No. _____ certificamos bajo la gravedad del juramento el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma, y 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 3º de la Resolución No. 1129 del 20 de mayo de 2020 así:

Marque con equis (x) una de las dos opciones

1. Se compararon los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con los ingresos del mismo mes del año 2019.

2. Se compararon los ingresos del mes inmediatamente anterior al de la solicitud del aporte con el promedio aritmético de enero y febrero de 2020.

CIUDAD Y FECHA:

Firmas:

Persona natural solicitante

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:

**Anexo 5. INTENCIÓN DE SER BENEFICIARIO DEL PROGRAMA
DE APOYO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DE SERVICIOS –
PAP PARA EL SECTOR AGROPECUARIO**

CERTIFICACIÓN

Nombre del postulante (Persona natural): _____
Identificado con: CC___PA___CE___SC___CD___
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 para el Sector Agropecuario, en los términos y condiciones establecidas por el Decreto Legislativo 803 de 2020, las Resoluciones 178 de 2020, 249 del 26 octubre de 2020 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Los empleados sobre los cuales recibiré el aporte, efectivamente recibieron o recibirán el primer pago de la prima de servicios en las condiciones establecidas en el Decreto Legislativo 803 de 2020.

CIUDAD Y FECHA:

Firma:

Persona natural solicitante

Nombres y apellidos:

No. Identificación: Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Correo electrónico:

CERTIFICACIÓN FONDOS PARAFISCALES

En calidad de administrador de las contribuciones parafiscales del sector _____, certificó que el _____ (nombre completo) identificado con _____ (documento de identificación) No. _____, es productor y/o trabajador del campo que realiza el pago de la cuota parafiscal.

Firma del Representante Legal
Administrador del Fondo Parafiscal

Nombre del Administrador del Fondo Parafiscal

C.C. No. _____

Nombre del Fondo: _____

Fecha de Certificación. _____