Trabajo

Beneficio Extraordinario de Apoyo al Pago de Nómina del Empleo Formal Dependiente

Formulario de postulación

En los términos establecidos por el Decreto Legislativo 1417 de 2026, sus modificaciones y demás normas que regulen la materia, presento, bajo la gravedad de juramento, la postulación al Beneficio Extraordinario de Apoyo al Pago de Nómina del Empleo Formal Dependiente, mediante el cual, previo cumplimiento de los requisitos, se otorgará un aporte monetario de naturaleza estatal de forma mensual y hasta por seis (6) veces por cada empleado que cumpla con las condiciones, con el objeto de proteger el empleo y los ingresos de las personas trabajadoras damnificadas por el sismo del 10 de agosto de 2026.

Información general de la postulación

POS1
Fecha de postulación: _____

POS2
Número de radicado:_____

POS3
Ciclo de postulación: seleccione el mes que corresponde al ciclo al cual se quiere postular.

☐ Agosto 2026 ☐ Septiembre 2026 ☐ Octubre 2026 ☐ Noviembre 2026 ☐ Diciembre 2026 ☐ Enero 2027

POS4
Nombre o razón social del postulante

_____

POS5 **Tipo de persona**		**POS6 y POS7** **Tipo Id. y Nro. Id. del postulante**
Persona Jurídica:	____	NIT: _____
Consorcio o Unión Temporal:	____	NIT: _____
Patrimonio Autónomo Declarante:	____	NIT: _____
Cooperativa de ahorro y crédito:	____	NIT: _____
Persona Natural*:	____	CC ___ CE ___ PA ___ 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.

POS8 Dirección: _____

POS9 Departamento: _____ **POS10 Municipio:** _____

POS11 Teléfono fijo: _____ **POS12 Teléfono móvil:** _____

Formulario de postulación

POS13 Correo electrónico: _____

POS14 Actividad económica principal (nombre y código CIIU)

Nombre: _____

Código CIIU (4 dígitos): _____

POS15 Entidad Financiera: _____

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

POS18 Tipo y nro. documento de identidad asociado al producto financiero: _____

Información del representante legal (No aplica para personas naturales)

LEG1 Nombres: _____ **LEG2 Apellidos:** _____

LEG3 Tipo documento: CC __ CE __ PA __ SC __ CD __ LEG4 Nro. Doc. _____

LEG5 Correo electrónico: _____

LEG6 Celular: _____

Manifestación del cumplimiento de requisitos

De acuerdo con lo establecido en el Decreto Legislativo 1417 de 2026, los requisitos manifestados a continuación son habilitantes para continuar con la postulación al Beneficio Extraordinario de Apoyo al Pago de Nómina del Empleo Formal Dependiente. **Si no cumple con alguno de ellos, no podrá continuar con el proceso de solicitud**

Responda "SI" o "NO" para cada requisito, según corresponda	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 - ¿La participación de la Nación y/o sus entidades de descentralizadas es igual o mayor al 50% de su capital y/o son administraciones públicas cooperativas?		
CUM3 - ¿Ha presentado esta misma solicitud ante otra entidad financiera?		
CUM4 - ¿Los empleados sobre los cuales recibirá el aporte, efectivamente recibieron el salario correspondiente al mes del beneficio?		
CUM5 - ¿Los aportes a la seguridad social correspondientes a todos los trabajadores que tuvo en el mes de julio de 2026 se encuentran pagados en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA)?		

Formulario de postulación

Si es una persona natural responda la siguiente pregunta:

NAT1 - ¿Es una persona expuesta políticamente (PEP) de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.4.2.3 del decreto 1674 de 2016?

Empleados sobre los que se reconoce el Incentivo

En desarrollo de lo establecido en el Decreto Legislativo 1417 de 2026, los trabajadores sobre los cuales se reconocerá el beneficio corresponden a los cotizantes reportados en la PILA por el postulante en los meses correspondientes a cada uno de los ciclos de postulación que estén registrados como damnificados en el Registro Único de Damnificados (RUD) o en el mecanismo oficial equivalente definido por la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) y que cumplan con los demás requisitos señalados en la norma citada.

El beneficio será equivalente al cuarenta por ciento (40 %) de un (1) salario mínimo legal mensual vigente de 2026 en el mes de apoyo por cada trabajador elegible, destinado a mitigar los costos por pago de salarios y seguridad social integral. En ningún caso el beneficio podrá superar el ingreso base de cotización reportado por el empleador para el respectivo mes ni el valor efectivamente pagado por concepto de salario.

En cumplimiento de las disposiciones que regulan el Beneficio Extraordinario de Apoyo al Pago de Nómina del Empleo Formal Dependiente, 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.

C.C. No. _____

(Adjuntar CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS y RUT)