



F-PYP-231 / V:02 / 15 FEBRERO/2016

2
5
1
0
2
j
1
1
-
5
-
-
1
2
-
-
5
1
-
-
-

Número de Radicación	Fecha de Radicación	Año	Mes	Día	Hora:
----------------------	---------------------	-----	-----	-----	-------

IMPORTANTE: Antes de diligenciar este formato lea cuidadosamente las instrucciones generales y la información anexa.

1. DATOS DEL CESANTE

Tipo de Documento de Identificación del Cesante		C.C.	T.I.	Número	1er. Apellido	2o. Apellido	1er. Nombre	2o. Nombre
Dirección Residencial:					Barrio:	Ciudad:	Departamento:	
Área geográfica: Urbana ☐ Rural ☐		Teléfono:		Celular:	Correo electrónico:		Profesión:	
Factor de vulnerabilidad:					Desplazado ☐	Víctima del conflicto armado (no desplazado) ☐	Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados ☐	
Étnia: Afrocolombiano ☐					Comunidad negra ☐	Indígena ☐	Palenquero ☐	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐
Poblaciones: Víctimas del conflicto armado ☐					En condición de desplazamiento ☐	En condición de discapacidad física ☐	Víctimas conflicto armado y condición de desplazamiento ☐	No se auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐
					Víctimas conflicto armado, condición de desplazamiento y discapacidad ☐	En condición de discapacidad física ☐	No aplica ☐	Víctimas conflicto armado y condición de discapacidad física ☐
Factor de vulnerabilidad:					Dañificado por desastre natural ☐	Cabeza de familia ☐	Hijo(as) de madres cabeza de familia ☐	En condición de discapacidad ☐
					Ejercicio del trabajo sexual ☐	No aplica ☐	No disponible ☐	Población migrante ☐
								Población zonas de frontera (Nacionales) ☐
¿Cuál fue el último salario devengado?					Entre 1 y 2 SMMLV ☐	Entre 2 y 3 SMMLV ☐	Entre 3 y 4 SMMLV ☐	¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar?: Asalarado ☐
								Independiente ☐
Ha recibido subsidio al desempleo? Si ☐					Hace cuántos meses? _____	No ☐	¿Cual fue la última Caja a la cual estuvo afiliado?	¿Está inscrito en el Servicio Público de Empleo? Si ☐
								No ☐
¿A qué E.P.S está afiliado actualmente?					¿A qué Administradora de pensiones está afiliado actualmente?			
					¿A qué fondo de cesantías está afiliado actualmente?			
¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de cesantías? (*) Si ☐					No ☐	¿Recibía cuota monetaria de subsidio familiar por las personas a cargo? Si ☐		
						¿Por cuántas personas a cargo?		
¿Ha cambiado el número de personas a cargo con respecto a su condición de trabajador?					Si ☐	Diligencie el numeral 2 NO ☐		
						Continue en el numeral 3		

(*) Esta casilla sólo podrá ser diligenciada, cuando esté operando el beneficio por ahorro de cesantías

2. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE GRUPO FAMILIAR

[illegible]

* RECUERDE: Si ha cambiado el número de personas a cargo por la cuales recibía cuota monetaria, debe adjuntar documento adicional de las nuevas personas a cargo

3. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Toda la información aquí suministrada es VERDICA. Cumplio con las condiciones para ser beneficiario (a) del Mecanismo de Protección al Cesante y no estoy incurso en las inhabilidades para solicitarlo. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de inexactitud, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley. Manifiesto que estoy en condición de desempleado, carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno, me encuentro disponible para trabajar en forma inmediata. he estado realizando gestiones para la búsqueda de empleo.

Al postularme como independiente al Mecanismo de Protección a Cesante, declaro que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno.

Al postularme como asalariado v no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro que ésta no me fue entregada por parte de mi empleador.

Atendiendo lo indicado en la Ley 1581 de 2012 y el artículo 5° del Decreto 1377 de 2013, autorizo de manera expresa para mantener y manejar toda la información contenida en este formulario a las entidades y autoridades relacionadas con el Mecanismo de Protección al Cesante. Lo anterior con el fin de validar y supervisar los requisitos de acceso a los beneficios propios del Mecanismo

Firma del cesante

Nota: El reconocimiento de los beneficios está sujeta a la verificación de los requisitos de acceso, por parte de la Caja de Compensación Familiar

Anexos: Certificación de terminación de la relación o del contrato.

Certificado de inscripción al Servicio Público de Empleo

OBSERVACIONES:

Recibido por Nombre	Fecha y Hora:	Nombre del Postulante:
Firma:	Cantidad de Folios Anexos Originales: Copias	Nro. de Radicación





El empleo
es de todos

Mintrabajo

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN

Diligencie el formulario con letra imprenta legible y clara, sin tachones y en tinta negra.

1. DATOS DEL CESANTE.

Deberá llenar los siguientes espacios correspondientes a:

DATOS DEL CESANTE.

Número de identificación del Cesante: escriba completo el número del documento de identificación.

Tipo de documento: marque si es:

CC.: Cédula de Ciudadanía. **CE.:** Cédula de Extranjería. **TI.:** Tarjeta de identidad

Apellidos y Nombres: escribalos según el orden establecido, como figuran en el documento de identidad.

Dirección de residencia, teléfono, barrio, celular, ciudad, departamento: escriba los datos de residencia, teléfono, barrio, celular, ciudad y departamento de residencia del solicitante.

Correo electrónico: diligencie el correo electrónico que se encuentre activo para recibir respuesta y comunicaciones de la Caja de Compensación Familiar; en caso de no poseer correo electrónico, escriba NP.

¿Cuál fue su último salario devengado?: escriba claramente el rango en el cual se ubicaba su último salario devengado

¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar?: identifique si su vinculación a la última Caja de Compensación Familiar era como asalariado o como independiente.

¿Ha recibido subsidio al desempleo?: señale si ha recibido subsidio al desempleo por parte de alguna Caja de Compensación Familiar. En el apartado hace cuánto, señale hace cuantos meses recibió la última mensualidad.

Última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado: señale la última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado como empleado.

¿Está inscrito en el Servicio Público de Empleo?: indique si se encuentra inscrito en el Servicio Público de Empleo, a través de una agencia de Empleo de una Caja de Compensación Familiar u otro operador.

A que E.P.S. está afiliado actualmente: señale a qué E.P.S. se encuentra afiliado; tenga en cuenta que es a esta entidad a la cual se realizará el pago del aporte en salud, si resulta beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante.

A qué Administradora de Pensiones está afiliado actualmente: señale a qué administradora de Pensiones se encuentra afiliado; tenga en cuenta que es a esta entidad a la cual se realizará el pago del aporte a pensiones, si resulta beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante.

A qué Fondo de Cesantías está afiliado actualmente: señale a qué Fondo de Cesantías se encuentra afiliado.

¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de cesantías?: (Esta

casilla solo podrá ser diligenciada, cuando esté operando en los fondos de cesantías, el ahorro para el Mecanismo de Protección al Cesante) indique si ha ahorrado en su fondo de cesantías para el Mecanismo de Protección al Cesante.

¿Reciba cuota monetaria del subsidio familiar por las personas a cargo? ¿Por cuántas personas?: indique si recibía subsidio monetario por parte de las Cajas de Compensación Familiar, de ser así, señale por cuántas personas a cargo recibía dicho subsidio.

¿Ha cambiado el número de personas a cargo, con respecto a su condición de trabajador?: marque con una X si ha cambiado el número de personas a cargo, desde la época en que era trabajador. Ej: nació un nuevo hijo (a) en su condición de cesante o su hijo(a) cumplió 19 años de edad.

2. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Apellidos y nombres:

Identificación de personas a cargo del cesante (esta sección se debe diligenciar siempre y cuando el número de personas a cargo, haya cambiado con respecto a la condición de empleado del solicitante).

Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted.

Novedad: marque **A** si es una persona a cargo adicional o **R** si la persona ha perdido su condición de beneficiario.

Fecha de nacimiento: escriba la fecha de nacimiento de cada una de las personas a cargo en formato año/mes/día.

Sexo: indique el sexo de cada una de las personas a cargo.

Parentesco: indique el parentesco de cada una de las personas a cargo (hijo, padre, hermano) es decir aquellas que dependen económicamente de usted.

Documento de identidad de las personas a cargo: escriba completo el tipo y el número de documento de identificación de las personas a su cargo.

CC.: Cédula de Ciudadanía. **CE.:** Cédula de Extranjería. **TI.:** Tarjeta de identidad. **RC.:** Registro civil

Estudia: señale si las personas a cargo estudian o no y a continuación indique el nivel educativo.

Nivel educativo: indique el nivel educativo de cada una de las personas a cargo como se indica a continuación:

N: Ningún nivel educativo

P: Primaria

S: Secundaria

T: Técnico o tecnólogo

Sp: Superior o universitaria

3. DECLARACIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Lea detalladamente las declaraciones y firme en señal de aceptación.

	RECONOCIMIENTO SUBSIDIO AL DESEMPLEO	Versión 00	F-PYP-276
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	Fecha de aprobación: 18/Mar/2020	
	PLANEACIÓN Y PROYECTOS	Página 1 de 1	

COMO POSTULANTE DEL SUBSIDIO AL DESEMPLEO FOSFEC

- Manifiesto que tengo conocimiento, que los beneficios a los que me postulo son: Aportes a seguridad social EPS y AFP (Pensión), subsidio familiar (si recibía por algún beneficiario cuando se encontraba laborando) y Capacitación.
- Desde el momento que realizo la postulación, me comprometo a informar de manera inmediata y por escrito, una vez cambie mi condición de cesante a trabajador activo.
- En el momento que salga beneficiario del subsidio al desempleo , realizare la afiliación ante la EPS en el Régimen CONTRIBUTIVO como beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante FOSFEC, con el oficio que reciba al correo electrónico que registre en el formulario de postulación y debo enviar el respectivo formulario o certificación emitida por la respectiva EPS, al correo electrónico postulacion.fosfec@comfaorientecol.com
- Acceder a la(s) capacitación(es) ofrecida por la Caja de Compensación, a través de la instituto para el trabajo y el desarrollo humano Comfaorientecol, La no asistencia a los programas de capacitación es causal para la perdida de los beneficios. *Ley 1636, Art. 13, **Inciso 4.** Estar inscrito en programas de capacitación en los términos dispuestos por la reglamentación que expida el gobierno nacional. Decreto 2852 de 2013, Art.55. Perdida de las prestaciones. De conformidad con lo dispuesto en la Ley 1636 de 2013. **Inciso d.** Descarten o no culminen el proceso de formación para adecuar sus competencias básicas y laborales específicas, al cual se hayan inscrito conforme a la ruta de empleabilidad, excepto en casos de fuerza mayor. **Inciso e.** Asistan al menos del (80%) de las horas de capacitación definidas en la ruta de empleabilidad".*

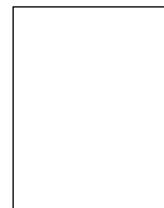
Nombre Postulante: _____

Cedula de ciudadanía: _____

Correo electrónico: _____

Firma: _____

Huella:




CONFIAORIENTE
GUÍA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
Solo beneficiarios


MinTrabajo
República de Colombia

DECLARACION JURAMENTADA

CODIGO:
 VERSION: 1 ABRIL 2012

En la ciudad de _____ Departamento de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

Yo _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____

número _____ de _____ manifiesto libre y voluntariamente que:

1. las personas(s) relacionadas (s) a continuación se encuentra bajo mi responsabilidad y dependencia económica:

Nombres y Apellidos Completos	Tipo y No de Documento de Identificación	Parentesco

2. declaro que el señor (a) _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____

número _____ de _____ es mi compañero (a) permanente y convivimos desde hace _____ años.

3. Declaro que mi (s) padre (madre(s), relacionado(a)(s) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario , renta o pensión alguna, ni está(n) afiliados (a)(s) a otra Caja de Compensación Familiar

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

_____ Firma del declarante

Doc. Identidad. _____

De: _____

Espacio reservado para la Caja de Compensación