

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
	CE.						
Dirección Residencia:	Barrio:		Ciudad:		Departamento:		
Área geográfica:	Urbana <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>	Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:		
Étnia:	Afrocolumbiano <input type="checkbox"/>	Comunidad negra <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>	Palenquero <input type="checkbox"/>	Raíz del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/>	Room gilano <input type="checkbox"/>	No se auto reconoce en ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/>

**Poblaciones:** Víctimas del conflicto armado  En condición de desplazamiento  En condición de discapacidad física  Víctimas conflicto armado y condición de discapacidad física  Víctimas conflicto armado, condición de desplazamiento y discapacidad  En condición de discapacidad física  No aplica  Víctimas conflicto armado y condición de discapacidad física  Víctimas conflicto armado y condición de discapacidad física

**Factor de vulnerabilidad:** Damnificado desastre natural  Cabeza de familia  Hijo(as) de madres cabeza de familia  En condición de discapacidad  Población migrante  Población zonas de frontera (Nacionales)  Ejercicio del trabajo sexual  No aplica  No disponible  Desplazado  Víctima del conflicto armado (no desplazado)  Desmovilizado o reinsertado  Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados

¿Cual fue el último salario devengado? Entre 1 y 2 SMMLV  Entre 2 y 3 SMMLV  Entre 3 y 4 SMMLV  Más de 4 SMMLV  ¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar?: Asalariado  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

¿Autorizo que me depositen a través de Daviplata la transferencia económica enunciada en la ley 2225 de 2022? Si  No  Si su respuesta es NO diligencie la siguiente información:

Entidad bancaria:	N° Cuenta:	Tipo de Cuenta:
DESDE: HASTA:	DESDE: HASTA:	Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>

Caja de Compensación a la que pertenece: CCF: DESDE: HASTA: CCF: DESDE: HASTA:

**2. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:**

Toda la información aquí suministrada es VERDICA. Cumpro con las condiciones para ser beneficiario (a) del Mecanismo de Protección al Cesante y no estoy incurrido 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 al Cesante, declaro que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno.

Que no recibo pensión de vejez, invalidez y sobrevivientes.  
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 Manifiesto bajo la gravedad de juramento que solo me he postulado a la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano Comfaooriente, para acceder al beneficio de subsidio, siendo conoedor que de no ser así sería causa de pérdida del subsidio.


OBSERVACIONES:

Nota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso, por parte de la Caja de Compensación Familiar Anexos: Certificación de terminación del contrato - Fotocopia documento de identificación - Certificado de inscripción al Servicio Público de Empleo

ES OBLIGACIÓN DEL SOLICITANTE DAR AVISO DE MANERA INMEDIATA Y POR ESCRITO UNA VEZ CAMBIE SU CONDICIÓN DE CESANTE A TRABAJADOR ACTIVO, ENTENDIENDO QUE EL NO AVISO OPORTUNO DE LA VINCULACIÓN LABORAL ACARRA REA PROCESOS DE RECUBRO Y JURIDICO.



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

	RECONOCIMIENTO SUBSIDIO AL DESEMPLEO	Versión 01	F-PYP-276
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	Fecha de aprobación: 30/Jun/2022	
	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, entendiendo que el no aviso oportuno de la vinculación laboral acarreará procesos de recobro y sanciones penales.
- En el momento que salga beneficiario del subsidio al desempleo, realizaré la afiliación ante la EPS en el Régimen CONTRIBUTIVO como beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante FOSFEC y entregare el formulario de afiliación o certificación emitida por la respectiva EPS en las oficinas del Mecanismo de Protección al Cesante.
- Me comprometo, acceder a la(s) capacitación(es) ofrecida por la Caja de Compensación, a través de la instituto para el trabajo y el desarrollo humano ComfaOriente, 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: \_\_\_\_\_

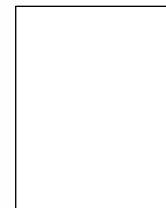
Cedula de ciudadanía: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_


Firma: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Huella:





	FORMATO AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión: 01 F-GC-23
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	Fecha de Aprobación: 20/Nov/2018
	GESTION DE CALIDAD	Página 1 de 1

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con el documento de identidad \_\_\_\_\_, No, \_\_\_\_\_, como titular de mis datos personales, manifiesto que de conformidad con el artículo 12 de la Ley 1581 de 2012 de la República de Colombia, la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano COMFAORIENTE, me ha informado lo siguiente:

Que tratara mis datos personales suministrados en este formulario, manual o electrónicamente, para los siguientes fines: consultar, compartir, divulgar, reproducir, entregar, suministrar, publicar, cruzar, informar, actualizar, rectificar, recolectar, circular, usar, suprimir datos, tramitar, obtener, almacenar, gestionar, recaudar, legalizar, desembolsar, acceder, vincular, consultar, enviar, postular, difundir, reembolsar, disponer, sistematizar, hacer estudios de mercado, investigaciones estadísticas, evaluar, realizar campañas de promoción, comercialización y fidelización de los productos, servicios y/o proyectos, y suministrar la información objeto de tratamiento a los terceros que se requieran para efectos de consolidar, promocionar, verificar y fidelizar; efectuar en general cualquier tratamiento de la información en todo lo relacionado con las diferentes clases de subsidios gestionados y entregados por la Caja de Compensación Familiar; para realizar trámites ante diferentes entes u organizaciones, en relación con el otorgamiento de subsidio y/o habilitación de condiciones para el acceso a subsidio y/o ser beneficiario de proyectos gestionados por la Caja de Compensación; para el cierre de brechas y eliminación de barreras conforme a lo establecido en la Ley 1636 de 2013 – ruta de empleabilidad; remisión a capacitaciones para inserción laboral; para gestión, inscripción, seguimiento de servicios, generación de vacantes y seguimiento a contratados, oferta de procesos empresariales, generación de indicadores; información para estadística y caracterización de población; intervención y respuestas de PQRS; envió y realización de encuestas de evaluación y satisfacción; para validación de beneficios de subsidio; contactar para ampliar información sobre el portafolio de servicios y productos que ofrece la caja; para realizar gestión financiera y de cobro de cartera; identificar impacto y cobertura de la Caja y entregar a los diferentes entes del Estado la información correspondiente; validar y consultar información financiera y crediticia en concordancia con lo establecido en la Ley 1266 de 2008; seguimiento al proceso de satisfacción del cliente y planes de mejoramiento; entregar y reportar información al DANE; para dar cumplimiento a los fines del Sistema de Subsidio Familiar en Colombia, conforme a lo establecido en la Ley 21 de 1982 y la Ley 789 de 2002; transferencia y transmisión de datos a los distintos entes del Estado por obligación legal o requerimiento expreso; entrega de datos a terceros para la realización de encuestas; para realizar estudios estadísticos directamente o a través de un tercero; enviar información de servicios de la Caja, como son los de Educación, Cultura, Salud, Emprendimiento, Fomento Empresarial, Vivienda, Subsidio, Recreación y Turismo, Crédito Social, Convenios y Descuentos, y los demás que ofrezca; dar cumplimiento a la legislación vigente aplicable en materia de educación y demás servicios que ofrece la Caja de Compensación en el marco del Sistema del Subsidio Familiar en Colombia; cumplir las instrucciones de las autoridades judiciales y administrativas competentes; Acceder, consultar, validar o corroborar mis datos personales (privados, semiprivados, sensibles o reservados) que reposen o estén contenidos en base de datos o archivos de empresas, o cualquier Entidad Pública o Privada ya sea nacional, internacional, ubicado en Colombia o cualquier otro país, a quien autorizo se le suministren mis datos personales o se efectué la transferencia y/o transmisión nacional o internacional necesaria según sea el caso, para que realice el tratamiento en nombre de COMFAORIENTE; suministrar, compartir, enviar o entregar mis datos personales a sus empresas filiales, subsidiarias, vinculadas y ubicadas en Colombia o en cualquier otro país. En este último caso, autorizo explícita e inequívocamente la transmisión y/o transferencia internacional de datos que sea necesaria para dicho efecto; enviar mi información, en caso de que sea necesario o pertinente, a los servicios o centros de datos (Data Centers) de COMFAORIENTE ubicados fuera del país para los fines del tratamiento autorizado o para propósitos de almacenamiento y/o eventuales servicios de hosting o cloud computing (computación en la nube) que COMFAORIENTE contrate o requiera; dar cumplimiento a normas y autoridades locales, extranjeras o internacionales.

Es facultativo responder preguntas que versen sobre información sensible o sobre datos de niñas, niños o adolescentes. Dentro de los datos personales que proporciono a COMFAORIENTE se encuentran huellas dactilares, firmas, fotos y otros datos personales que permiten identificarme o ubicarme, y que son de facultativo suministro. Las huellas dactilares pueden ser tratadas por fines de seguridad, validación de información y como sistema de identificación biométrica.

En mi condición de titular de los datos personales propios y de mi núcleo familiar que suministro, manifiesto que tengo los siguientes derechos en adición a los previstos en la Constitución, en la ley y sus normas reglamentarias: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales y de mi familia frente a los Responsables del Tratamiento – COMFAORIENTE – o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento este expresamente prohibido o no haya sido autorizado; b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento, de conformidad con lo previsto en el Artículo 10 de la Ley 1581 de 2012; c) Ser informado por el Responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la citada ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen; e) Revocar mi autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales o en los demás casos previstos en la ley; f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

También ha sido informado que la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – COMFAORIENTE NIT. 890.500.675-6, con domicilio en la Avenida 2 Nro 13-75, barrio la Playa de Cúcuta- Colombia, contacto electrónico: [www.comfaoriente.com](http://www.comfaoriente.com) o [servicioalcliente@comfaoriente.com](mailto:servicioalcliente@comfaoriente.com), Teléfono 5836888 Extensión 1051, es el responsable del tratamiento de los datos personales suministrados para el adecuado desarrollo de sus actividades como Caja de Compensación. Adicionalmente, manifiesto que COMFAORIENTE ha puesto en mi conocimiento su política para la administración de datos personales, y a través de ella también me ha informado las finalidades para las cuales serán tratados mis datos personales, la cual está disponible en [www.comfaoriente.com](http://www.comfaoriente.com)

Teniendo en cuenta lo anterior, de manera previa, expresada e informada, autorizo a COMFAORIENTE para que recolecte y trate mis datos personales (incluso datos sensibles) para los fines relacionados y en particular para aquello relacionado con cuestiones de orden legal por el tiempo que sea necesario para alcanzar dicha finalidad o el máximo legal permitido. Esta autorización comprende la información que suministro verbalmente o por escrito.

En caso de ser necesario para cumplir las finalidades autorizadas o para procesos de cloud computing o big data, autorizo que los datos personales suministrados sean transferidos y/o tramitados a cualquier país del mundo que proporcione o no niveles adecuados de protección de datos.

De otra parte, me comprometo a leer, escribir, respetar y aplicar la política de tratamiento de datos personales de COMFAORIENTE disponible en la página web [www.comfaoriente.com](http://www.comfaoriente.com)

He leído, he sido informado y autorizo todo lo anterior.

Cordialmente,

FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO: CC \_\_\_ CE \_\_\_ PA \_\_\_ PEP \_\_\_ NÚMERO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

HUELLA

