



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**

<b>Tipo de Documento de Identificación del Cesante</b>	C.C.	T.I.	Número	1er. Apellido	2o. Apellido	1er. Nombre	2o. Nombre
	C.E.	P.P.T.					
<b>Dirección Residencia:</b>			<b>Barrio:</b>	<b>Ciudad:</b>		<b>Departamento:</b>	
<b>Área geográfica:</b> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		<b>Teléfono:</b>	<b>Celular:</b>	<b>Correo electrónico:</b>		<b>Profesión:</b>	
<b>Étnia:</b> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Comunidad negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> Room gitano <input type="checkbox"/> No se auto reconoce en ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> No disponible <input type="checkbox"/>							
<b>Poblaciones:</b> Víctimas del conflicto armado <input type="checkbox"/> En condición de desplazamiento <input type="checkbox"/> En condición de discapacidad física <input type="checkbox"/> Víctimas conflicto armado y condición de desplazamiento <input type="checkbox"/> Víctimas conflicto armado y condición de discapacidad física <input type="checkbox"/> Víctimas conflicto armado, condición desplazamiento y discapacidad <input type="checkbox"/> En condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>							
<b>Factor de vulnerabilidad:</b> Damnificado desastre natural <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Hijo(as) de madres cabeza de familia <input type="checkbox"/> En condición de discapacidad <input type="checkbox"/> Población migrante <input type="checkbox"/> Población zonas de frontera (Nacionales) <input type="checkbox"/> Ejercicio del trabajo sexual <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> No disponible <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado (no desplazado) <input type="checkbox"/> Desmovilizado o reinsertado <input type="checkbox"/> Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados <input type="checkbox"/>							
<b>Resguardo Indígena</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: _____				<b>Pueblo Indígena</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: _____			
<b>¿Cuál fue el último salario devengado?</b> Entre 1 y 2 SMMLV <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 SMMLV <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/> Más de 4 SMMLV <input type="checkbox"/>				<b>¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar?:</b> Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>			
<b>¿Ha recibido subsidio al desempleo?</b> Si <input type="checkbox"/> Hace cuántos meses? _____ No <input type="checkbox"/>			<b>¿Cuál fue la última Caja a la cual estuvo afiliado?</b>			<b>¿Está inscrito en el Servicio Público de Empleo?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>¿A qué E.P.S está afiliado actualmente?</b>		<b>¿A qué Administradora de pensiones está afiliado actualmente?</b>			<b>¿A qué fondo de cesantías está afiliado actualmente?</b>		
<b>¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de cesantías? (*)</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
<b>Cuenta Bancaria, para depósito de la transferencia enunciada en la ley 2225 de 2022</b>				<b>Entidad bancaria:</b>		<b>N° Cuenta:</b>	
						<b>Tipo de Cuenta:</b> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	
<b>Caja de Compensación a la que perteneció en los últimos 3 años:</b>		<b>CCF:</b>	<b>DESDE:</b>	<b>HASTA:</b>	<b>CCF:</b>	<b>DESDE:</b>	<b>HASTA:</b>

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

Toda la Información aquí suministrada es VERÍDICA. Cumpló 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.

Que no recibo pensión de vejez, invalidez y sobrevivientes.

En caso de iniciar un nuevo vínculo laboral informaré por escrito y de manera inmediata a COMFAORIENTE

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

Marque con una (X) la siguiente declaración: \_\_\_\_\_ Manifiesto bajo la gravedad de juramento que solo me he postulado a la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano Comfaorient, para acceder al beneficio de subsidio, siendo conocedor que de no ser así sería causa de pérdida del subsidio.

HUELLA DACTILAR

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
Firma del cesante

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 ACARREARÁ PROCESOS DE RECOBRO Y JURÍDICO.

VIGILADO SuperSubsidio



Recepción Formulario Único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante

Recibido por Nombre	Fecha y Hora:	Nombre del Postulante:	Nro. de Radicación

Recibido por  
Nombre

Firma:

	<b>FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES</b>	Versión: 02	F-GC-23
	<b>CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO</b>	Fecha de Aprobación: 08/Oct/2021	
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	Página 1 de 1	

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con el documento de identidad \_\_\_\_\_, No, \_\_\_\_\_, manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales a la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano COMFAORIENTE, NIT.890.500.675-6, con domicilio en la Avenida 2 Nro 13-75, Teléfono 5748880 Extensión 1051, barrio la Playa de Cúcuta- Colombia, como Responsable del Tratamiento, quien me ha informado lo siguiente:

1. Que tratará mis datos personales suministrados mediante formulario, manual o electrónicamente, para los siguientes fines: a) 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; b) efectuar en general cualquier tratamiento de la información en todo lo relacionado en las diferentes bases de subsidio gestionados y entregados por la COMFAORIENTE; c) 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; d) remitir capacitaciones para inserción laboral; para gestión, inscripción, seguimiento de servicios, generación de vacantes y seguimiento a contratados, oferta de procesos empresariales, generación de indicadores; e) utilizar información para estadística y caracterización de población; f) tramitar intervención y respuestas de PQRS; g) envío y realización de encuestas de evaluación y satisfacción; h) para validación de beneficios de subsidio; i) contactar para ampliar información sobre el portafolio de servicios y productos que ofrece la caja, j) para realizar gestión financiera y de cobro de cartera; k) identificar impacto y cobertura de la Caja y entregar a los diferentes entes del Estado la información correspondiente; l) validar y consultar información financiera y crediticia en concordancia con lo establecido en la Ley 1266 de 2008; m) seguimiento al proceso de satisfacción del cliente y planes de mejoramiento; n) entregar y reportar información al DANE; ñ) 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; o) transferencia y transmisión de datos a los distintos entes del Estado por obligación legal o requerimiento expreso; p) entrega de datos a terceros para la realización de encuestas; q) para realizar estudios estadísticos directamente o a través de un tercero; r) 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; s) 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; t) cumplir las interrupciones de las autoridades judiciales y administrativas competentes; u) acceder, consultar, validar a corroborar mis datos personales (privados, semiprivados, sensibles a reservados) que repasen o estén contenidos en base de datos archivos de empresas, o cualquier Entidad Pública o Privada ya sea nacional, internacional, ubicado en Colombia o cualquier otro país, a quien autorizo suministren mis datos personales o se efectuó la transferencia y/o transmisión nacional o internacional necesaria según sea el caso, para que realice el tratamiento en nombre de COMFAORIENTE; v) suministrar, compartir o entregar mis datos personales a sus empresas filiales, subsidiaria, 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; w) enviar mi información, en caso de que sea necesario o pertinente, a los servicios a centros de datos (Data Centers) de COMFAORIENTE ubicados fuera del país para los fines del tratamiento autorizado a para propósitos de almacenamiento y/o eventuales servicios de hosting o cloud computing (computación en la nube) que COMFAORIENTE contrate a requiera; x) dar cumplimiento a normas y autoridades locales, extranjeras o internacionales.

2. Dentro de los datos que proporciono a COMFAORIENTE se encuentran datos sensibles como huellas dactilares, firmas, fotos y video que permiten identificarme o ubicarme, y que son de facultativo suministro. Mis datos sensibles pueden ser tratadas por fines de seguridad, validación de información y como sistema de identificación biométrica.

3. En mi condición de titular de los datos personales propios y como autorizado para suministrar los datos de mi núcleo familiar, tengo los siguientes derechos: a) conocer, actualizar y rectificar mis datos personales y de mi familia frente al Responsable o Encargado del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer; frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, a aquellos cuyo Tratamiento este expresamente prohibido o no haya sido autorizado; para hacer consultas, o reclamos por protección de datos personales se debe diligenciar el formulario disponible en la página web de COMFAORIENTE: <https://comfaoriente.com/formulario-de-consultas-y-reclamos-por-proteccion-de-datos-personales/>; b) solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento; c) ser informado por el Responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a mis datos personales; d) Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio ; e) revocar mi autorización y/o solicitar la supresión de datos cuando ello sea procedente. Derechos que puedo ejercer a través de los canales de comunicación disponibles en <https://comfaoriente.com/proteccion-de-datos-personales-comfaoriente/> a través del correo electrónico: [protecciondedatos@comfaoriente.com](mailto:protecciondedatos@comfaoriente.com).

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 <https://comfaoriente.com/proteccion-de-datos-personales-comfaoriente/>. Declaro que me comprometo a leer, respetar y aplicar dicha política.

La autorización conferida a COMFAORIENTE se comprende la información que suministro verbalmente, por escrito, firmas, huellas, foto o video, así como la información de menores de edad (niños, niñas y adolescentes) a quien represento legalmente y se extiende por el tiempo que sea necesario para alcanzar las finalidades informadas o el máximo legal permitido.

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 bajo medidas idóneas que garanticen el ejercicio de mis derechos y el cumplimiento de los principios de la protección de datos (artículo 4 de la ley 1581 de 2012).

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

FIRMA:

\_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS:

\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO:

CC                      CE                      PA                      PEP  
 \_\_\_\_\_

NUMERO DE DOCUMENTO

\_\_\_\_\_

HUELLA



\*\*\*COPIA CONTROLADA\*\*\*

	RECONOCIMIENTO SUBSIDIO AL DESEMPLEO	Versión 03	F-PYP-276
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	Fecha de aprobación: 25/Jul/2024	
	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 (salud) y AFP (Pensión), transferencia económica (categoría A y B).
- 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 o perciba una pensión de vejez, invalidez o sobrevivencia, entendiéndolo 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 entregaré el formulario de afiliación o certificación emitida por la respectiva EPS en las oficinas del Mecanismo de Protección al Cesante.
- Me comprometo, a acceder a la capacitación ofrecida por la Caja de Compensación, a través de la Institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano ComfaOriente, entendiéndolo que la no asistencia a los programas de capacitación es causal para la pérdida 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. Pérdida 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: \_\_\_\_\_

Documento de identificación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Huella:

