

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

**1 - DATOS DEL CESANTE**

No. Identificación Cliente			<input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I.			Número		
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre		
Dirección Residencia			Teléfono			¿Cuál fue el último salario devengado?		
Barrio			Celular			¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar?		
Ciudad			Depto.			<input type="radio"/> Entre 1 y 2 SMMLV <input type="radio"/> Entre 3 y 4 SMMLV <input type="radio"/> Asalariado <input type="radio"/> Entre 2 y 3 SMMLV <input type="radio"/> Más de 4 SMMLV <input type="radio"/> Independiente		
Correo Electrónico								
¿Ha recibido subsidio al desempleo?			¿Cuál fue la última Caja a la cual estuvo afiliado?			¿Está inscrito en el Servicio Público de Empleo?		
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Hace cuántos meses? _____						<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
¿A que E.P.S. esta afiliado actualmente?		¿A que Administradora de Pensiones esta afiliado actualmente?		¿A que Fondo de Cesantías esta afiliado actualmente?		¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su Fondo de Cesantías? (*)		
						<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
¿Recibía cuota monetaria de Subsidio Familiar por las personas a cargo?				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		¿Por cuántas personas a cargo?		
¿Ha cambiado el número de personas a cargo con respecto a su condición de trabajador?				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Diligencie el numeral 2 <input type="radio"/> NO Continúe en el numeral 3		

(\*) Esta casilla solo podrá ser diligenciada, cuando esté operando el beneficio de ahorro de cesantías.

**2 - INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL GRUPO FAMILIAR**

Nombre completo de las personas a cargo que dependen económicamente de usted				Novedad	Fecha de Nacimiento			Sexo		Parentesco				Documento de Identidad (Identifique el tipo C.C. - C.E. - T.I. - R.C.)		Estudia	N: Ning. P. Prim. S: Sec. T. Téc. Sp. Sup
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	A: Adición R: Retiro	D	M	A	M	F	Hijo	Padre	Hermano	Otro	Tipo	Número	S: Si N: No	

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

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

Toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Cumpló con las condiciones para postularme al programa 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 en 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 y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro que esta no me fue entregada por parte de mi empleador.

Atendiendo lo indicado en la Ley 1581 de 2012 y el artículo 5° del Decreto Reglamentario 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 de los beneficios propios del Mecanismo. Igualmente autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria, y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca COMFACUNDI actualizar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí o por la empresa, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a sus filiales y aliados estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre diferentes programas y servicios. Hacemos saber que los datos relacionados en el presente documento, serán almacenados, conservados, tratados, utilizados para estadísticas, compartidos con terceros con los que se ostente un vínculo legal o contractual y/o utilizados única y exclusivamente para el estudio de su postulación, reconocimiento de prestaciones, estado, notificación de información pertinente y seguimiento en el cumplimiento de requisitos para continuar disfrutando de las prestaciones económicas con cargo al FOSFEC señaladas en la Ley 1636 de 2013 y demás normas que la complementen, modifiquen o adicionen.

4 Bono Alimentación Fosfec. Con la suscripción del presente documento, manifiesto que durante el tiempo en que resulte beneficiario de las prestaciones económicas con cargo al FOSFEC, destinaré la prestación económica denominada "Bono de Alimentación" de Conformidad con los fines señalados en el Decreto 582 de 2.016 expedido por el Ministerio del Trabajo (destinación solo a cubrir gastos alimenticios según lo definido en el artículo 2.2.6.1.3.18). De igual forma, en el momento en que termine mi condición de Cesante, me comprometo a informar por escrito a la unidad que corresponda ya sea la Agencia de Gestión de Empleo o la unidad FOSFEC de la Caja de Compensación Familiar dicha situación.

**NOTA:** El reconocimiento de los beneficios están sujetos 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.  
Documentos de nuevas personas a cargo, si las hubiese.

Firma del Cesante

**Recepción formulario único de postulación al Mecanismo de Protección al Cesante**

# 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:** escríbalos 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 encuentra 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, una caja de compensación Familiar u otro operador.

**¿A qué 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.

**¿Recibía 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 persona 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.