



Sistemas Integrados de Gestión

FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN AL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE

LEY 1636 DE 2013, DECRETO 2852 de 2013

CÓDIGO: F-SU-0027
VERSIÓN: 3
FECHA: 05/05/2017

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

No. Identificación del Cesante	C.C.	T.I.	Número	1er. Apellido	2o. Apellido	1er. Nombre	2o. Nombre		
Dirección Residencia:	Teléfono:		¿Cuál fue el último salario devengado?			¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar ?			
Barrio:	Celular:		Entre 1 y 2 SMMLV <input type="checkbox"/> Éntre 3 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 SMMLV <input type="checkbox"/> Más de 4 SMMLV <input type="checkbox"/>			Asalariado Independiente			
Ciudad:	Departamento:								
Correo electrónico:	¿Ha recibido subsidio al desempleo?		¿Cual fue la última Caja a la cual estuvo afiliado?			¿Esta inscrito en el Servicio Público de Empleo?			
	Si <input type="checkbox"/>	Hace cuántos meses? _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
¿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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Recibía cuota monetaria de subsidio familiar por las personas a cargo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				¿ Por cuántas personas a cargo?					
¿Ha cambiado el número de personas a cargo con respecto a su condición de trabajador? SI <input type="checkbox"/>				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

Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted				Novedad A: Adición R: Retiro	Fecha Nacimiento			Sexo		Parentesco				Documento de Identidad (Identifique el Tipo: C.C, C.E, T.I, R.C.)		Estudioso: S: Si N: No	N: Ning P: Prim S: Sec T: Téc. Sp: Sup
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre		Año	Mes	ía	M	F	Hijo	Padre	Hermano	Otro	Tipo	Numero		

* 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 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.

Al postularme como asalariado y 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 sujeto a la verificación de los requisitos de acceso, por parte de la Caja de Compensación Familiar

Recepción Formulario único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante



Recibido por Nombre	Fecha y Hora:
Firma:	Cantidad de Folios Anexos Originales: _____ Copias: _____

Nombre del Postulante:
Radicado N°:



MinTrabajo
República de Colombia

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



REQUISITOS

Los requisitos que deben adjuntar al formulario son los siguientes:

1. Fotocopia cédula del cesante
2. Certificación de la última E.P.S. donde estuvo afiliado o en donde está actualmente.
3. Certificación de la última afiliación a PENSIÓN.
4. Certificación de terminación laboral firmada por el empleador la cual debe contener la fecha exacta de la terminación de la relación laboral, membrete y nit.
5. Certificado de inscripción de la Agencia de Empleo de Comfacesar y en caso de encontrarse inscrito, deberá realizar la actualización de la hoja de vida.
6. Registro civil (menores de edad) si no estuvo afiliado como beneficiario mientras estaba laborando.
7. Estar inscrito en programas de capacitación y reentrenamiento en los términos dispuestos por la reglamentación que expida el Gobierno Nacional, después de aprobado el subsidio.

Nota: favor traer la documentación en buen estado.

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO UNICO 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 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.

¿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 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