

FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN AL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE

LEY 1636 DE 2013, DECRETO 2852 DE 2013



Número de radicación	Año	Mes	Día	Hora:
Lugar de postulación:				
Número de formulario BP :				

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

1. DATOS DEL CESANTE

No. de identificación Número	C.C. C.E. T.I.	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>	Dirección residencia:		Teléfono:	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Barrio:		Celular:		
Correo electrónico:	Autoriza el envío de información por correo electrónico: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudad:		Departamento:	
¿Cuál fue el último salario devengado? Entre 1 y 2 SMMLV <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 SMMLV <input type="checkbox"/> Más de 4 SMMLV <input type="checkbox"/>	Máximo grado de escolaridad alcanzado Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Datos de conyugue o compañero permanente: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>			
		Número:		Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	
				Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	¿Está inscrito en el servicio público de empleo?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ha recibido subsidio al desempleo? Sí <input type="checkbox"/> ¿Hace cuántos meses? _____ No <input type="checkbox"/>	Nombre de la última empresa donde laboró		Fecha de retiro de la empresa: Día / Mes / Año	¿A qué administradora de pensiones está afiliado actualmente?	
¿Requiere pago a pensión? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diligencie condición 1 o 2 <input type="checkbox"/> 01. Cotizante no obligado a cotización a pensiones por edad. <input type="checkbox"/> 02. Cotizante con requisitos cumplidos para pensión		¿Recibía cuota monetaria de subsidio familiar por la persona a cargo? Sí <input type="checkbox"/> Diligenciar en numeral 2 No <input type="checkbox"/> Dejar en blanco numeral 2 y no diligenciar		¿Por cuántas personas a cargo recibía cuota monetaria de subsidio familiar?	
Es usted Desplazado <input type="checkbox"/> Reinsertado <input type="checkbox"/> Deportado de Venezuela <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/>		¿Cuál fue la última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado?		¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar? Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	
¿A qué fondo de cesantías está afiliado actualmente?	¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de cesantías? (*) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso de cumplir con los requisitos del beneficio monetario (Numeral 5 art. 13 ley 1636/04) ¿En cuántas cuotas desea recibir el beneficio monetario por ahorro de cesantías? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		¿Última EPS a la que estuvo afiliado?
Monto mínimo de traslado ahorro de cesantía: \$		¿Ha cambiado el número de personas a cargo con respecto a su condición de trabajador? Sí <input type="checkbox"/> Diligencie el numeral 2 No <input type="checkbox"/> Continúe en el numeral 3			

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

2. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL GRUPO FAMILIAR

Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted				Novedad A: Adición B: Retiro	Fecha de nacimiento			Sexo		Parentesco				Documento de identidad (Identifique el tipo: C.C. C.E. T.I. R.C.)		Estudia S: Sí N: No	N: Ning P: Prim S: SEC T: Téc Sp: Sup	Grado
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre		Año	Mes	Día	M	F	Hijo	Padre	Hermano	Otro	Tipo	Número			

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.

3. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Toda la información aquí suministrada es VERDICA. Cumplo con las condiciones para ser beneficiario 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 esta no 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 y el traslado de los recursos en caso de ser pertinente una vez se verifique el cumplimiento de los requisitos señalado por el art. 13414 de la ley 1636 de 2014 y demás normas concordantes. Autorizo el traslado de recursos destinados voluntariamente al ahorro de mecanismo de protección al cesante en los fondos de cesantías en los que se identifique saldo para este fin.

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:

Fotocopia cédula postulante, certificado retiro de la EPS, fondo de pensiones y cesantías con fecha de expedición no mayor a 15 días, certificación de inscripción al servicio público de empleo, documentos de nuevas personas a cargo, si las hubiese por las que apliquen para recibir subsidio familiar y cumplen las condiciones (registro civil de nacimiento y/o tarjeta de identidad según el caso y presentar certificado de estudio). En caso de postularse con padres: fotocopia del registro civil de postulante y fotocopia de la cédula de los padres. Certificado tiempo de vinculación de otra Caja diferente a Comfandi que demuestre que cotizó 12 meses en los últimos 3 años a la fecha de la solicitud si es trabajador dependiente y para el caso de los trabajadores independientes 24 meses en los últimos 3 años a la fecha de la solicitud. Certificación sobre cesación laboral expedida por el empleador, si el trabajador no es elegible para recibir los beneficios del fondo de solidaridad al fomento al empleo y protección al cesante (ahorro de cesantías) esta decisión contará con el recurso de reposición ante la Caja de Compensación Familiar como administradora respectiva del Fosfec.

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

Debe llenar los 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.

Comuna: Relacione el número de la comuna a la cual pertenece su barrio.

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.

Máximo grado de escolaridad alcanzado: marque con una equis (X) al frente de la casilla correspondiente.
Ninguno - Primaria - Bachillerato - Técnico - Tecnólogo - Profesional - Otro.

¿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 cuántos 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.

Nombre de la última empresa donde laboró: relacione la última empresa en la cual laboró.

¿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.

Es usted: marque con una equis (X) al frente de la casilla correspondiente
Desplazado - Reinsertado - Discapacitado - Ninguna de las anteriores

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 en su condición de cesante o su hijo 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

Referidos: relacione las personas cesantes con su número telefónico que cumplen con los requisitos y que usted considere podemos contactar para beneficiarse con esta ayuda económica.

3. DECLARACIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Lea detalladamente las declaraciones y firme en señal de aceptación.

4. DOCUMENTOS QUE ANEXA A ESTE FORMULARIO (DILIGENCIA COMFANDI)

Formulario de Postulación debidamente diligenciado	<input type="checkbox"/>	Certificado de inscripción a la Agencia de Empleo	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/>	Copias	<input type="checkbox"/>
Copia Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/>	Manifestación escrita del cesante de no entrega del certificado laboral por parte del empleador	<input type="checkbox"/>	Copia de documentos de identidad de personas a cargo	<input type="checkbox"/>	Total folios	<input type="checkbox"/>
Certificado de la terminación de la relación o del contrato	<input type="checkbox"/>	Certificado de otra caja y/o caja propia	<input type="checkbox"/>	Certificado de discapacidad	<input type="checkbox"/>		
Certificado de ahorro de cesantías	<input type="checkbox"/>	Certificado escolar de las personas a cargo	<input type="checkbox"/>	Copia certificado de escolaridad	<input type="checkbox"/>		
Certificado EPS	<input type="checkbox"/>	Certificado de pensión	<input type="checkbox"/>	Originales	<input type="checkbox"/>		

5. ESTADÍSTICO

Por cuál medio se enteró del seguro de desempleo:

Televisión	<input type="checkbox"/>	Prensa	<input type="checkbox"/>	Amigo - Familiar	<input type="checkbox"/>	Contacto Telefónico	<input type="checkbox"/>	Agencia de Empleo	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	Perifoneo	<input type="checkbox"/>	Feria de Empleo	<input type="checkbox"/>	Comfandi	<input type="checkbox"/>	Otro Describalo:	<input type="checkbox"/>
Volante	<input type="checkbox"/>	Afiche	<input type="checkbox"/>	Revista Mano Amiga	<input type="checkbox"/>	Página Web Comfandi	<input type="checkbox"/>		



Recepción Formulario Único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante

Nombre de funcionario que radica:	Fecha y hora:	Nombre del postulante:
Firma:	Cantidad de folios anexos: Originales ____ Copias ____	No. de radicación:

- Este comprobante constituye el soporte de su postulación del Subsidio al Cesante. Consérvelo para cualquier trámite o reclamo.
- Si recibe cuota monetaria de subsidio familiar por estar desempleado debe reclamarlo con su cédula original y la Tarjeta Integral de servicio de Comfandi en el supermercado de Comfandi que se defina para cada municipio. Para los beneficiarios pertenecientes a otra Caja de Compensación los pagos se efectuarán en el punto de venta Supermercado Comfandi principal de cada ciudad.
- La recepción del formulario NO OBLIGA a Comfandi a otorgar el Subsidio al Cesante, depende de la validación de requisitos.
- Debe presentar por escrito en la oficina de atención de Subsidio FOSFEC sus novedades como: consiguió empleo, cambió de dirección, teléfono y correo electrónico, inasistencia a las capacitaciones, reactivación del beneficio, entre otros.
- Comfandi notificará a su correo electrónico el resultado del estudio de la solicitud a los 10 días hábiles contados desde la fecha de recepción de la solicitud. De lo contrario, contactarse a la línea 684 1000 opción 4 - 4 en Cali. En Cartago: 211 0111 Ext.: 177 - 127 - 120; Palmira: 270 5800 Ext.: 37147; Buga: 237 5858 Ext.: 1808; Tuluá: 231 0822 y Buenaventura: 315 691 9242.