

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. C.E.	T.I.	Número	1er. Apellido	2o. Apellido	1er. Nombre	2o. Nombre
Dirección Residencia: Barrio: Ciudad: Correo electrónico:		Teléfono: Celular: Departamento:		¿Cuál fue su último salario devengado? Entre 1 y 2 SMMLV Entre 3 y 4 SMMLV Entre 2 y 3 SMMLV Más 4 SMMLV		¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar? Asalariado Independiente	
¿Ha recibido subsidio al desempleo? SI ¿Hace cuantos meses? NO		¿Cual fue su última caja a la que estuvo afiliado?		¿Esta inscrito en el Servicio Público de Empleo? SI NO			
Área Geográfica:		Etnia:		Poblaciones:		Factor de Vulnerabilidad:	
Categoría de Afiliación A B		Tipo de Cuenta		Número de Cuenta:		Entidad Bancaria:	
Otras Cajas de Compensación a las que perteneció				Desde (Fecha)		Hasta(Fecha)	

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN

Diligencie el formulario con la letra imprenta legible y clara, sin tachones y en tinta negra.

1- DATOS DEL CESANTE

Número de identificación del Cesante: escriba completo el número del documento de identificación.

Tipo de documento: marque si es: C.C.: Cédula de Ciudadanía. C.E.: Cédula de Extranjería. T.I.: Tarjeta de identidad

Apellidos y Nombres: escribalos 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.

Última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado: señale la última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado.

¿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.

¿Ya 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.

Área Geográfica: Indicar si es Urbana o Rural.

Factor de Vulnerabilidad: Indicar si es Desplazado, Víctima del Conflicto Armado (No Desplazado), Desmovilizado o reinsertado, Hijo (as) de Desmovilizados o Reinsertados, 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 y si no se encuentra en ninguno de los anteriores marque No aplica o no disponible.

Etnia: Indicar si es Afrocolombiano, Comunidad Negra, Indígena, Palanquero, Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Room Gitano, No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores, No Disponible.

Poblaciones: Indicar si es Víctima del Conflicto Armado, En condición de Desplazamiento, En condición de discapacidad física, Víctima del conflicto armado y condición de desplazamiento, Víctima del conflicto armado y condición de discapacidad física, Víctima del conflicto armado en condición de desplazamiento y discapacidad física, en Condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física, sino se encuentra en ninguna de las anteriores marque no aplica.

2. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

- Que Toda la información aquí suministrada es VERÍDICA.

- Que sólo me he postulado a una Caja de Compensación Familiar y cumpla con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio de protección al cesante en los términos del decreto 801 de 2020 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

- 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, en tal sentido, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a la Caja de Compensación Familiar en la cual tramito mi postulación para que trate mis datos personales o sensibles que llegase a recolectar para procesarla, recolectarla, almacenarla, usarla, circularla, suprimirla, compartirla, actualizarla, transmitirla y transferirla de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de tratamiento vigentes establecidas por la Caja de Compensación familiar con el fin de hacer posible la prestación de los servicios propios, reportes a autoridades de control y vigilancia y para uso de fines administrativo, comercial, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos.

- Como titular de la información tengo derecho a consultar, conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos en el momento que se solicite, presentar quejas, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, a través de las líneas de atención definidas por cada Caja de Compensación Familiar.

- Declaro que conozco que conforme con lo indicado en el parágrafo del artículo 14 de la Ley 1636 de 2013, las personas que obtuvieron o mantuvieron mediante simulación, engaño o fraude algún tipo de beneficio de los previstos en el artículo 4 del Decreto Legislativo 801 de 2020, serán sancionadas de acuerdo con la legislación penal vigente. Igual sanción será aplicable a quienes faciliten los medios para la comisión de tal delito. Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de restituir al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante.

- Declaro que estoy bajo mi responsabilidad informar a La Caja de Compensación Familiar en caso de que obtenga una fuente formal directa de ingresos o realicen una actividad formal remunerada, so pena de la pérdida del beneficio y la obligación de devolver lo pagado de manera indebida, sin perjuicio de la responsabilidad penal y civil que con ocasión de dicha omisión esté prevista en el ordenamiento.

- Al postularme como dependiente y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro bajo la gravedad de juramento que ésta no me fue entregada por parte de mi empleador

- Conozco y autorizo, que se podrán utilizar medios electrónicos para todos los trámites asociados a esta gestión, los cuales serán válidos y vinculantes para las partes siempre que provenga del correo electrónico de la persona facultada o autorizada y se pueda identificar su remitente y su destinatario. Lo anterior, en consonancia con las disposiciones gubernamentales actuales, conforme a lo establecido en la ley 527 de 1999, el Decreto 491 de 2020 y demás disposiciones que regulen la materia.

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 de la relación o del contrato.