MINISTERIO DEL TRABAJO

FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN LEY 1636 DE 2013 REFORMADO MEDIANTE LEY 2225 DE 2022

Número de radicación	Fecha de Radicación	Año	Mes	Día	

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:	Teléfono:	¿Cuál fue su último salario devengado?	¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar?
Barrio:	Celular:	Entre 1 y 2 SMMLV ☐ Entre 3 y 4 SMMLV ☐	
Ciudad:	Departamento:	Entre 2 y 3 SMMLV ☐ Más 4 SMMLV ☐	Asalariado ☐ Independiente ☐
Correo electrónico:			
¿Ha recibido subsidio al desempleo? SI ☐ ¿Hace cuantos meses? NO ☐	¿Cuál fue su última caja a la que estuvo afiliado?	¿Está inscrito en el Servicio Público de empleo? SI ☐ NO ☐	
¿A que 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 ☐ 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 CCF?		Desde (Fecha):	Hasta(Fecha):
Resguardo:			
Pueblo indigena:			

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 cumplo con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio de protección al cesante en los términos de la Ley 1636 de 2013 reformada mediante Ley 2225 de 2022 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 al Cesante, declaro bajo la gravedad de juramento que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno.
- Al postularme como dependiente y 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. Declaro que conozco que conforme con lo indicado en el parágrafo del artículo 14 de la Ley 1636 de 2013, las personas que obtuvieren o mantuvieren mediante simulación, engaño o fraude algún tipo de beneficio, 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 las sumas indebidamente percibidas.
- Así mismo, de conformidad con la Ley 1636 de 2013 artículo 14. Pérdida de las prestaciones, declaró que será mi responsabilidad informar a CAJA DE COMPENSACION 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.

_____
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.

Recepción Formulario único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante

Recibido por Nombre	Cantidad de folios anexos Originales Copias	
Firma	Cantidad de folios anexos Originales Copias	Nro. de Radicacion