



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 <input type="checkbox"/>			Entre 3 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/>	
Ciudad:		Departamento:		Entre 2 y 3 SMMLV <input type="checkbox"/>			Más 4 SMMLV <input type="checkbox"/>	
Correo electrónico:		¿Ha recibido subsidio al desempleo?		¿Está inscrito en el Servicio Público de empleo?			Asalariado <input type="checkbox"/>	
SI <input type="checkbox"/> ¿Hace cuantos meses? NO <input type="checkbox"/>		¿Cuál fue su última caja a la que estuvo afiliado?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Independiente <input type="checkbox"/>	
¿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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Área Geográfica:		Etnia:		Poblaciones:			Factor de Vulnerabilidad:	
Categoría de Afiliación A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>		Tipo de Cuenta		Número de Cuenta:			Entidad Bancaria	
Otras Cajas de Compensación a las que perteneció CCF?				Desde (Fecha):			Hasta (Fecha):	
Resguardo:								
Pueblo indígena:								

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	Nro. de Radicación
Firma	Cantidad de folios anexos Originales Copias	



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: 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.

¿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.

Área Geográfica: Indicar si es Urbana o Rural.

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, condición de desplazamiento y discapacidad, en Condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física si no se encuentra en ninguna de las anteriores marque no aplica.

Factor de Vulnerabilidad: Indicar si tiene alguna de las siguientes vulnerabilidades:

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.

Categoría de Afiliación: Indicar si es categoría A (devenga 1 a 2 SMMLV) o Categoría B (devenga de 2 a 4 SMMLV)

Tipo de cuenta; escriba si es cuenta de ahorros o corriente

Número de Cuenta; escriba el número de cuenta tal como aparece en el certificado bancario, debe estar a Nombre del postulante.

Entidad Bancaria; indique en que entidad bancaria tiene su cuenta.

¿Otras Cajas de Compensación a las que perteneció CCF?: escriba el nombre de la Caja de compensación en la que estuvo cotizando.

Resguardo; es una división territorial de carácter legal que, por medio de un título, garantiza a determinado grupo indígena la propiedad sobre un territorio poseído en común y tradicionalmente habitado por él. En caso que aplique, solicite la [tabla 116](#) en la que puede identificar el resguardo (1796 opciones).

Pueblo Indígena; Los pueblos indígenas desempeñan una función especial en la conservación y la gestión sostenible de los recursos naturales. Si pertenece a algún pueblo, solicite [la tabla 117](#) para poderlo identificar (166 opciones).

2. DECLARACIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Lea detalladamente las declaraciones y firme en señal de aceptación.