



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. 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"/>		Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <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?		¿Cuál fue su última caja a la que estuvo afiliado?		¿Está inscrito en el Servicio Público de		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Hace cuantos meses? __ NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿A que E.P.S. está afiliado		¿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"/>	
Categoría de Afiliación		Tipo de Cuenta		Número de Cuenta:		Entidad Bancaria:	
Área Geográfica	Pertenencia Étnica	Poblaciones		Factor Vulnerabilidad		Resguardo	Pueblo Indígena
Otras Cajas de Compensación a las que perteneció				Desde (Fecha)		Hasta (Fecha)	
¿Recibía cuota monetaria de subsidio familiar por las personas a				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 <input type="checkbox"/> Diligencie 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	Fecha Nacimiento			Sexo	Parentesco			Documento de Identidad (Identifique el Tipo: C.C, C.E, T.I, R.C.)		Estudia. S: Si N: No	N: Ning P: Prim S: Sec T: Téc. Sp: Sup	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	A: Adición R: Retiro	Año	Mes	Día	M	F	Hijo	Padre	Herman	Otro			Tipo

\* 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:**

- Que Toda la información aquí suministrada es VERÍDICA.

- Que solo me he postulado a una Caja de Compensación Familiar y cumpla con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio de prestaciones económicas del Mecanismo de Protección al Cesante en los términos de la ley 1636 de 2013, ley 2225 de 2022 y decreto 1072 de 2015 y no estoy inhabilitado 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.
  - Atendiendo lo indicado en la ley 1581 de 2012 (Protección de Datos Personales) 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 tramité mi postulación para que trate mis datos personales o sensibles que llegase a recolectar para procesarla, recolectarla, almacenarla, usarla, circular, 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, comerciales, 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 artículo 14 de la Ley 1636 de 2013, y el literal b del artículo 7 de la Ley 2225 de 2022, las personas quienes obtuvieren mediante simulación o engaño algún tipo de beneficio del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), previa comprobación de tal situación a través de sentencia judicial proferida por la autoridad competente, la Caja de Compensación Familiar que tenga conocimiento de tal hecho compulsara copias a la autoridad competente para que adelante la respectiva investigación. De igual forma de acuerdo a lo definido en el parágrafo 3 del artículo 7 de la ley 2225 de 2022, para los casos dispuestos en el literal a y b quienes reciban los beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) perderán el beneficio y deberán devolver las sumas de las transferencias económicas consignadas y los aportes hechos al Sistema General de Seguridad Social, más sus intereses, sumado a las acciones penales a que haya lugar; igualmente según lo definido en el artículo 2.2.6.1.3.11 del decreto 1072 de 2015, 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, declaro bajo gravedad de juramento que será mi responsabilidad informar a LA CAJA DE COMPENSACIÓN 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 postularse 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

Recepción Formulario único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante



Recibido por Nombre
Firma

Fecha y Hora
Cantidad de folios anexos Original Copias

Nombre del postulante
Nro. de Radicación