



Número de radicación	Fecha de Radicación	Año	Mes	Día	Hora:
----------------------	---------------------	-----	-----	-----	-------

IMPORTANTE: Antes de diligenciar este formato lea cuidadosamente la información anexa en el punto 3.

1. DATOS DEL CESANTE

No. Identificación del Cesante	C.C.	T.I.	Número	1er. Apellido	2o. Apellido	1er. Nombre	2o. Nombre
	C.E.						
Dirección Residencia:			Teléfono:		¿Cuál fue su último salario devengado?		¿Tipo de afiliación a la última Caja de Compensación Familiar? Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>
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? SI <input type="checkbox"/> ¿Hace cuántos meses? _____ NO <input type="checkbox"/>			¿Cuál fue la última Caja a la que estuvo afiliado?		¿Está registrado en la Agencia de Empleo de Comfamiliar Huila? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿A qué 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:		Población		Factor de vulnerabilidad
¿Recibía cuota monetaria de subsidio familiar por las personas a cargo? 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:	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	Herma	Otro	Tipo	Número	S: Si N: No	

* RECUERDE: Si ha cambiado el número de personas a cargo por la 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 VERÍDICA. Cumpló con las condiciones para ser beneficiario(a) 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.
- Que solamente me he postulado a una Caja de Compensación Familiar y cumpló con todas 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 demás normas concordantes, y no estoy inhabilitado(a) para solicitarlo.
- Que atendiendo lo indicado en la Ley Estatutaria 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 y entes de control y vigilancia y para uso de fines.
- Que, para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podré acudir a COMFAMILIAR como responsable del tratamiento de manera gratuita a la Oficina de PQR de COMFAMILIAR, ubicada en la calle 11 No. 5-63 de Neiva (H) o al correo electrónico habeasdata@comfamiliarhuila.com, teléfono 8664452 ext. 1139 o a través de la página web www.comfamiliarhuila.com link atención al usuario - PQR. Como titular de la información puedo utilizar cualquiera de los canales con el fin de ejercer mis derechos.

- Que la información que se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento de los datos personales debamos mantenerlos, la cual puede consultar en www.comfamiliarhuila.com.
- Que COMFAMILIAR, en la prestación de todos los servicios protegerá, los datos sensibles entre ellos los consagrados en el artículo 5 de la Ley 1581 de 2012. He sido informado acerca de la NO obligatoriedad de las respuestas a las preguntas que me sean hechas cuando éstas versen sobre datos sensibles, tales como origen racial, étnico, orientación política, convicciones religiosas, filosóficas, pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos o sobre los datos de los niños, niñas y adolescentes.
- Que declaro que conozco 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 compulsará copias a su 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 los literales 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, mas 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.
- Que 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 y demás disposiciones que regulen la materia.
- Que manifiesto de manera libre y voluntaria, que autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Huila para que aplique la figura de la compensación con relación a los dineros que se giren o se lleguen a girar a su favor por concepto de subsidio familiar en dinero (cuota monetaria) y subsidio al desempleo (cuota monetaria), para que sea aplicado al subsidio al desempleo girado sin tener derecho a él, por no cumplir con los requisitos señalados en la normatividad vigente.
- Así mismo, en mi calidad de postulante al esquema de beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante, manifiesto conocer mis deberes y derechos frente al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante – FOSFEC y me comprometo a cumplir con los deberes expuestos:

Derechos: El FOSFEC otorgará a la población cesante que cumpla con los requisitos de acceso, beneficios hasta por seis (6) meses o el tiempo que disponga la normatividad que aplique al caso, reflejados en:

- ❖ Incentivo económico por ahorro de cesantías cuando aplique.
- ❖ Pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones, calculado sobre un (1) SMMLV.
- ❖ Asesoría en la búsqueda de empleo, orientación ocupacional y capacitación para la inserción laboral.
- ❖ Transferencia económica, correspondiente a 1.5 salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) durante 4 meses. Esto aplica para las categorías A y B.

Deberes: Perderán los beneficios quienes:

- ❖ No acudan a los servicios de colocación ofrecidos por el Servicio Público de Empleo.
- ❖ Rechacen sin justa causa el empleo que se le ofrezca, siempre y cuando éste le permita ganar una remuneración igual o superior al 80% de la última devengada y no se deterioren las condiciones del empleo anterior.
- ❖ Perciban efectivamente una pensión de vejez, invalidez o sobrevivientes.
- ❖ Incumplan, sin causa justificada, con los trámites exigidos por el Servicio Público de Empleo y con los requisitos para participar en el proceso de selección por parte de los empleadores a los que hayan sido remitidos por éste.
- ❖ Descarten o no culminen el proceso de formación para mejorar sus competencias laborales al cual se haya inscrito, excepto en caso de fuerza mayor determinados por la Ley, **(A partir del momento de la asignación del subsidio FOSFEC, tendrá un (1) mes para realizar la matrícula al proceso de capacitación).**
- ❖ Hayan obtenido los beneficios mediante simulación o engaño, o a través de maniobras fraudulentas.
- ❖ **Asistan a menos del ochenta por ciento (80%) de las horas de capacitación definidas en la ruta de empleabilidad.**
- ❖ Obtengan una fuente de ingresos.

Tenga en cuenta:

- ❖ **Informar de forma escrita si es vinculado laboralmente, así sea por un día, para evitar cobro retroactivo de los beneficios recibidos.**
- ❖ **La capacitación para la inserción laboral está estructurada en competencias transversales y competencias específicas. Éstas se deben realizar en el primer mes de la asignación del subsidio. En caso de incurrir en incumplimiento, ya sea por la no matrícula o inasistencia al 20% de cada uno de los cursos se procederá a dar cumplimiento al Artículo 14° de la Ley 1636 en su literal d) “Descarta o no culmina el proceso de formación”; bloqueando el beneficio por incumplimiento al proceso de capacitación. Recuerde que debe tener total disponibilidad para tomar la capacitación en el momento que se convoque para el proceso de formación.**

Nota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso por parte de Comfamiliar y a la disponibilidad de recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante, atendiendo al principio de sostenibilidad, establecido en el artículo 4 de la Ley 1636 de 2013.

Firma del Cesante



MINISTERIO DEL TRABAJO

Recepción Formulario Único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante

Recibido por Nombre:

Fecha y Hora:

Nombre del Postulante:

Firma:

Cantidad de folios anexos

No. Radicación:

Originales Copias

Comfamiliar Huila