

Importante: Antes de diligenciar este formato lea cuidadosamente las instrucciones generales y la información anexa.

Medio por el cual se entró: Televisión Call center Referido Empresa Internet Publicidad Otro ¿Cuál? _____

| | | | | | |
|-------------------|---------------------|-----|-----|-----|------|
| No. de Radicación | Fecha de radicación | Año | Mes | Día | Hora |
|-------------------|---------------------|-----|-----|-----|------|

| | | | | | | | | |
|--|--------------------|---------------|---|-------------|--|--|---|---|
| Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> | No. Identificación | 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre | Fecha de nacimiento Año Mes Día | Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> |
| Dirección residencia | | Teléfono | Barrio | Celular | Ciudad | Departamento | | |
| Correo electrónico | | | | | | ¿Cuál fue el último salario devengado? Entre 1 y 2 SMMLV <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 SMMLV <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/> Más de 4 SMMLV <input type="checkbox"/> | | |
| ¿Ha recibido subsidio al desempleo? Si <input type="checkbox"/> ¿Hace cuántos meses? _____ No <input type="checkbox"/> | | | | | | ¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar? Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> | | |
| ¿A qué E.P.S. esta afiliado actualmente? | | | ¿A qué administradora de pensiones esta afiliado actualmente? | | ¿A qué fondo de cesantías esta afiliado actualmente? | | ¿Está inscrito en el Servicio Público de Empleo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| ¿Recibió 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 persona a cargo con respecto a su condición de trabajador? Si <input type="checkbox"/> Diligencie el numeral 2 No <input type="checkbox"/> Continúe en el numeral 3 | | ¿Ahorra para el mecanismo de protección al cesante en su fondo de cesantías? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

2. Información adicional sobre el grupo familiar

| Nombre completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted | | | | Novedad A: Adición R: Retiro | Fecha de nacimiento | | | Sexo | | Parentesco | | | | Documento de identidad | | Estudia S: Si N: No | N: Ninguno S: Secundaria Sp: Superior | P: Primaria T: Técnico | Discapacidad S: Si N: No |
|---|---------------|-------------|-------------|------------------------------------|---------------------|-----|-----|------|---|------------|-------|---------|------|--|--|---------------------------|---|---------------------------|--------------------------------|
| 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre | | Año | Mes | Día | M | F | Hijo | Padre | Hermano | Otro | Identifique tipo C.C C.E T.I R.C Número | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Recuerde: si ha cambiado el número de personas a cargo por las cuales recibe 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.

4. BONO ALIMENTACIÓN FOSFEC: Con la suscripción del presente documento, manifiesto que durante el tiempo en que resulte beneficiario de las prestaciones económicas con cargo al FOSFEC, destinaré la prestación económica denominada "Bono de Alimentación" de conformidad con los fines señalados en el Decreto 582 de 2.016 expedido por el Ministerio del Trabajo (destinación solo a cubrir gastos alimenticios según lo definido en el artículo 2.2.6.1.3.18). De igual forma, en el momento en que termine mi condición de Cesante, me comprometo a informar por escrito a la unidad que corresponda ya sea la Agencia de Gestión de Empleo o la unidad FOSFEC de la Caja de Compensación Familiar dicha situación.

5. Dando cumplimiento a lo señalado en la Ley 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, hacemos saber que los datos relacionados en el presente documento, serán almacenados, conservados, tratados, utilizados para estadísticas, compartidos con terceros con los que se ostente un vínculo legal o contractual y/o utilizados única y exclusivamente para el estudio de su postulación, reconocimiento de prestaciones, estado, notificación de información pertinente y seguimiento en el cumplimiento de requisitos para continuar disfrutando de las prestaciones económicas con cargo al FOSFEC señaladas en la Ley 1636 de 2013 y demás normas que la complementen, modifiquen o adiciones. Por lo tanto, con la suscripción o envío en formato digital del presente documento, de forma libre, expresa y voluntaria autoriza para el tratamiento de sus datos personales en las condiciones antes señaladas. Independiente a lo anterior, Usted cuenta con los derechos mencionados en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012. De igual forma, con la suscripción del presente documento el titular del dato personal autoriza para que sus datos personales sean utilizados de conformidad con lo señalado en nuestra política de tratamiento de datos personales, de la cual conoce su contenido. En caso de proporcionar datos personales de menores de edad sobre los que ostente la calidad de representante legal, se informa que los mismos serán tratados de conformidad con la finalidad aquí señalada, asegurando el respeto de sus derechos fundamentales.

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| <p>Autorizo a Comfamiliar el envío de información por correo electrónico y al celular por mensaje de texto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Nota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso por parte de la Caja de Compensación Familiar.</p> <p>Anexos: Certificación de terminación de la relación o del contrato <input type="checkbox"/> Tarjetas de identidad <input type="checkbox"/> Certificado de escolaridad <input type="checkbox"/> Certificación de inscripción al servicio público de empleo <input type="checkbox"/> Cédulas de ciudadanía <input type="checkbox"/> Certificado laboral del cónyuge <input type="checkbox"/> Registros civiles <input type="checkbox"/> Declaración juramentada <input type="checkbox"/> Certificación de discapacidad <input type="checkbox"/></p> | <p>_____ Firma del cesante</p> | <p>_____ Espacio para sello de radicación</p> |
| <p>_____ Espacio para sello de grabación</p> | | |

| | | | | | | | |
|---|---|------------------------|-------|--------------|---|-----------------------|----------------|
|  MINTRABAJO |  | Recibido por Nombre | Firma | Fecha y Hora | Cantidad de folios anexos Orginales Copias | Nombre del postulante | No. Radicación |
|---|---|------------------------|-------|--------------|---|-----------------------|----------------|

LITO IMPRESOS DEL HUILA E.U. / NIT. 900.208.459-6 Tel.: 8730911 Fax: 8735976

VEILLADO SuperSubsidio  G4 - 05 - 01

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:** C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I, Tarjeta de Identidad
- **Apellidos y nombres:** escríbalos según el orden establecido, como figura 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 ubica su último Salario devengado.
- **¿Tipo de vinculación a la 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 cuántos 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 cuál E.P.S se encuentra afiliado actualmente?:** señale a que EPS se encuentra afiliado; tenga en cuenta que es esta entidad a la cual se realizará el pago del aporte en salud, si resulta beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante.
- **¿Cuál es su Fondo de Pensiones?:** señale a que 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 al 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.
- **¿Recibía cuota monetaria del subsidio familiar por las personas a cargo? ¿Por cuántas personas?:** indique si recibía subsidio monetario por parte de las Cajas de Compensación Familiar, de ser así, señale por cuántas personas a cargo recibía dicho subsidio.
- **¿Ha cambiado el número de personas a cargo, con respecto a su condición de trabajador?:** Marque con una X si ha cambiado el número de personas a cargo, desde la época en que era trabajador. Ej. Nació un nuevo hijo(a) en su condición de cesante o su hijo(a) cumplió 19 años de edad

2. Información del grupo familiar

Apellidos y nombres:

- **Identificación de personas a cargo del cesante:** (esta sección se debe diligenciar siempre y cuando el número de personas a cargo, haya cambiado con respecto a la condición de empleado del solicitante)

Recuerda: Traer los documentos que acrediten la nueva persona a cargo y los anexos los puede encontrar en la página web: comfamiliarhuila.com

DOCUMENTOS QUE DEBEN DE PRESENTARSE ANEXO AL FORMULARIO

Importante:

Los documentos que se anexan, deben ser legibles, sin enmendaduras y sin resaltador.

Cesante:

- Fotocopia de Cedula al 150%
- Certificado Labora de la última Empresa (tener fecha de terminación laboral, último salario devengado y causal de retiro)
- Certificado del Fondo de Pensión, no mayor a (30) días, no de régimen especial
- Certificado de la última EPS, no mayor a (3) días, no de régimen especial y que no se encuentre activo como cotizante