

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 Barrio:		
Celular:		Compensación Familiar?		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"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuál fue su última caja a la que estuvo		SI <input checked="" 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"/>		
¿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**

Persona 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:	N: Ning
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	A: Adición R: Retiro	Año	Mes	Día	M	F	Hijo	Padre	Hermano	Otro	Tipo	Numero	Si N:No	P:Prim S:Sec T:Téc. Sp:Sup

\* 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:**

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. 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 adicione. 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.

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	Fecha y Hora	Nombre del Postulante
------------------------	--------------	-----------------------