

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 Empleo?		
	SI <input type="checkbox"/> ¿Hace cuantos meses? NO <input type="checkbox"/>				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:		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):				
¿Recibía cuota monetaria de subsidio familiar por las personas a cargo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				¿Por cuántas personas a cargo?			
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿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			

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		
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	A: Adición R: Retiro	Año	Mes	Día	M	F	Hijo	Padre	Hermano	Otro	Tipo	Numero	S: 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:

- 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 del decreto 488 de 2020 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 tendiendo 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 de los previstos en el artículo 6o del Decreto Legislativo 488 de 2020, 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 Resolución 0853 de marzo de 2020 Artículo 7. Pérdida de las prestaciones, declaro 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	Fecha y Hora	Nro. de Radicación
Firma	Cantidad de folios anexos Originales Copias	

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN

Diligencie el formulario con la letra imprenta legible y clara, sin tachones y en tinta negra.

1- DATOS DEL CESANTE

Deberá llenar los siguientes espacios correspondientes a:

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 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.

Área Geográfica: Indicar si es Urbana o Rural.

Factor de Vulnerabilidad: Indicar si es Desplazado, Víctima del Conflicto Armado (No Desplazado), Desmovilizado o reinsertado, Hijo (a) de Desmovilizados o Reinsertados.

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.

¿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.

¿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.

¿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.

Última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado: señale la última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado.

¿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.

¿Ya 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 qué 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: indique 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?: indique 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 SOBRE EL GRUPO FAMILIAR

Identificación de personas a cargo del cesante: deberá llenar los siguientes espacios correspondientes a todas las personas a cargo.

Apellidos y nombres: escriba según el orden establecido, como figuran en el documento de identidad los nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted.

Novedad: marque A: Adición si es una persona a cargo adicional o R: Retiro si la persona ha perdido su condición de beneficiario.

Fecha de nacimiento: escriba la fecha de nacimiento de cada una de las personas a cargo en formato año/mes/día.

Sexo: indique el sexo de cada una de las personas a cargo.

Parentesco: indique el parentesco de cada una de las personas a cargo (hijo, padre, hermano, compañero(a)) es decir aquellas que dependen económicamente de usted.

Documento de identidad de las personas a cargo: escriba completo el tipo y el número de documento de identificación de las personas a su cargo: C.C.: Cédula de Ciudadanía. C.E.: Cédula de Extranjería. T.I.: Tarjeta de identidad. R.C.: Registro civil

Estudia: señale si las personas a cargo estudian o no y a continuación indique el nivel educativo.

Nivel educativo: indique el nivel educativo de cada una de las personas a cargo como se indica a continuación:

N: Ningún nivel educativo

P: Primaria

S: secundaria

T: Técnico

SP: superior

O: Otro

3- DECLARACIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Lea detalladamente las declaraciones y firme en señal de aceptación.

Lea cuidadosamente la siguiente información, aquí encontrará todos los beneficios necesarios para acceder a los beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante en cumplimiento de la ley 1636 de 2013 y sus decretos reglamentarios.

REQUISITOS PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS

- Que su situación laboral haya terminado por cualquier causa o en el caso de ser independiente, su contrato haya cumplido con el plazo de duración pactada y no cuente con ningún otro o no cuente con ninguna fuente de ingresos.
- Que hayan realizado aportes por un año continuo o discontinuo a una Caja de Compensación Familiar durante los últimos tres (3) años para dependientes y dos (2) años continuos o discontinuos en los últimos tres (3) años para independientes.
- Inscribirse en cualquiera de los servicios de empleo autorizados pertenecientes a la Red de Servicios de Empleo y desarrollar La ruta hacia la búsqueda de empleo.
- Estar inscrito en programas de capacitación en términos dispuestos por la reglamentación que expida el gobierno nacional.

ACREDITACIÓN DE REQUISITOS:

1. Fotocopia legible de cédula del postulante.
2. Certificación sobre la cesación laboral establecida por la Ley 1636 de 2013 donde especifique fecha exacta de terminación del contrato, última remuneración y causa de la terminación.
 - En caso de los trabajadores independientes contratistas, la certificación de cesación será equivalente a la constancia sobre la terminación del contrato que emita el contratante o electa de terminación del contrato.
 - Para los demás trabajadores independientes, la certificación de cesación se entenderá como La manifestación que realicen bajo declaración juramentada al respecto, en el Formulario Único de Postulación.
3. Certificado de antigüedad de los últimos tres (3) años a la Caja de Compensación (cuando la solicitud sea de una Caja diferente a la que estuvo afiliado), donde conste si recibía cuota monetaria, valor y beneficiarios.
4. Certificado de la E.P.S. donde conste su estado actual.
5. Certificado del último Fondo de Pensiones donde conste su estado actual.
6. Inscribirse en cualquiera de las Agencias de Gestión y Colocación de Empleo autorizados, pertenecientes a la Red de Servicios de Empleo SPE, y desarrollar la ruta hacia la búsqueda de empleo y solicitar el Certificado de inscripción en el Servicio Público de Empleo.

NO PODRÁN ACCEDER A LOS BENEFICIOS

- * Quienes ostenten la calidad de servidor público de elección popular
- * Devenguen una pensión de jubilación por invalidez, vejez o sobrevivencia.
- * Cuenten con una fuente directa adicional de ingresos.
- * Haya recibido el pago de los beneficios de forma continua o discontinua por seis (6) meses en un período de tres (3) años.

PERDERÁN EL DERECHO A LOS BENEFICIOS:

- Cuando haya recibido el beneficio por seis (6) meses.
- Establezca nuevamente una relación laboral, obtengan una fuente directa de ingresos o realicen actividades remuneradas, antes de transcurrir los seis (6) meses.
- No acuda a los servicios de colocación ofrecidos por el Servicio Público de Empleo. Incumpla sin causa justificada con los trámites exigidos por el Servicio Público de Empleo y los requisitos para participar en el proceso de selección de los empleadores a los que sea remitido por este.
- Rechace sin causa justificada la ocupación que le ofrezca el Servicio Público de Empleo.
- Descarte o no culmine el proceso de formación para adecuar sus competencias básicas y laborales específicas al cual se haya inscrito.
- Asista a menos del ochenta por ciento (80%) de las horas de capacitación definidas en la ruta de empleabilidad.
- Renuncie voluntariamente a las prestaciones económicas.
- Perciban efectivamente una pensión de vejez, invalidez o sobrevivientes.
- Cuando se demuestre que a través de engaño o simulación hayan accedido a las prestaciones.

MUERTE DEL TRABAJADOR

En caso de muerte del trabajador, el saldo existente del ahorro voluntario proveniente de sus cesantías entrará a la masa sucesoral.

UTILIZACIÓN DE MEDIOS ELECTRÓNICOS:

Se podrán utilizar medios electrónicos y estos serán válidos y vinculantes para las partes siempre que provengan de correos electrónicos de la persona facultada o autorizada o se pueda identificar su remitente y su destinatario. Así mismo el

archivo deberá estar protegido frente a modificaciones, conservando su integridad y siendo accesible para su posterior consulta, 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.

ME COMPROMETO

A notificar a la CCF las novedades que se presenten en mi estado o condición de cesante, es decir que tendré la obligación de informar a la CCF CAFABA que conseguí un empleo, para que se realicen Los trámites respectivos, atendiendo los postulados de la normatividad del MPC. Dicha información la manifestaré y remitiré al correo asesorfosfec@cafaba.com.co o físicamente a nuestras Agencia de Empleo.

MANIFESTACIÓN ESCRITA DE CONOCER DEBERES Y DERECHOS FRENTE AL PROGRAMA DE BENEFICIOS ECONOMICOS DEL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE

En mi calidad de postulante al esquema de beneficios del MPC manifiesto conocer mis deberes y derechos frente a los beneficios económicos y me comprometo a cumplir con los deberes expuestos en el presente documento.

1. **MANIFIESTO**, que la CCF me proporcionó información relevante para participar en el programa, donde me explicaron los beneficios a los que podía acceder y los procesos que debo realizar.
2. **CUMPLIR**, con las condiciones que se definen en mi ruta de empleo, en cuanto asistencia a capacitación y acceso a los servicios que sean definidos de acuerdo a mi perfil laboral.
3. **ME COMPROMETO**, a asistir de manera oportuna a los procesos de seguimiento notificados por el. Centro de Empleo.
4. **AUTORIZO**, el uso de mis datos personales y de contacto para el envío de comunicaciones, información y demás relacionadas con el Mecanismo de Protección al Cesante.

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación familiar de Barrancabermeja CAFABA, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 14 y 15 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, cuenta con una Política de Tratamiento de datos personales, publicada en la página web www.cafaba.com.co en la cual se encuentran previstas las finalidades para las cuales CAFABA realiza el tratamiento de datos personales y se detalla la manera en que usted puede ejercer sus derechos. Mediante su autorización, CAFABA podrá realizar el tratamiento de la información a efectos de:

1. Organizar y pagar el subsidio familiar en dinero y en especie.
 2. Prestar los servicios misionales de conformidad con la Ley.
 3. Suministrar información sobre ofertas y oportunidades relacionadas con los servicios y productos que ofrece CAFABA o ajustes en los mismos.
 4. Realizar gestiones de cobranza.
 5. Realizar encuestas para el cumplimiento de los objetivos de la Caja de Compensación, evaluar la calidad del servicio y realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo y perfiles de afiliados y usuarios actuales o potenciales.
 6. Suministrar información a terceros aliados de la Caja, cuando resulte necesario para la ejecución, entrega o desarrollo de bienes o servicios propios o de los aliados. En todo caso el listado de aliados se mantendrá actualizado en la página web en el vínculo donde se encuentra publicada La política de tratamiento.
- *Tratándose de un menor de edad, la autorización para el tratamiento de los datos deberá ser otorgada por su representante legal.

CAFABA, en cumplimiento de su objeto social y de la Ley, en casos excepcionales requerirá información personal sensible de forma expresa, casos en los cuales el titular no estará obligado a dar su autorización.

Usted puede acceder en cualquier momento a Los datos suministrados y solicitar su corrección, actualización o supresión en nuestro PBX 6222810, en nuestra página web o a través del correo electrónica: atencionalcliente@cafaba.com.co

Teniendo conocimiento del aviso de privacidad, autorizo de manera libre, expresa, voluntaria, y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados para que la Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja CAFABA realice el tratamiento de los mismos.

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SOLO ME HE POSTULADO A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA CAFABA