Comfiar	**FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN AL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE**	Fosfec	**CODIGO: FT-MP-03**
			VERSIÓN: 09
			FECHA: 31 de agosto de 2023

Fecha de Radicacion	Año	Mes	Dia	Hora

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

1. DATOS DEL CESANTE

Identificación	C.C. / C.E.	PPT / PA	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre

Tipo de población:(Ver tabla No.1)	Pertenencia Etnica: (Ver tabla No. 2)	Factor de Vulnerabilidad: (Ver tabla No.3)

Fecha de Nacimiento: (DD/MM/AAAA)	Sexo: M ☐ F ☐	Telefono	Celular	Correo Electronico:

Dirección Residencia:	Barrio	Ciudad	Departamento	Zona Urbana ☐ Rural ☐

¿Tipo de viculacion a su ultima Caja de Compensación Familiar ?	¿Cuál fue el último salario devengado?
Dependiente ☐ Independiente ☐	Entre 1 y 2 SMMLV ☐ Entre 2 y 3 SMMLV ☐ Entre 3 y 4 SMMLV ☐ Más de 4 SMMLV ☐

¿Ha recibido beneficios del seguro al desempleo?	¿Cual fue la última Caja a la cual estuvo afiliado?	¿Esta inscrito en el Servicio Público de Empleo?
Si ☐ No ☐ ¿Cuantos Meses? ☐		Si ☐ No ☐

¿A qué EPS 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 ☐ No ☐

(*) Esta casilla sólo podrá ser diligenciada, cuando esté operando el beneficio por ahorro de cesantías

¿A qué Administradora de pensiones está afiliado actualmente?	¿Actualmente es Pensionado?	¿Esta tramitando algun tipo de pension?	¿Ha realizado retiro voluntario de pension?
	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐

TABLA No.1 TIPO DE POBLACIÓN	TABLA No.2 PERTENENCIA ETNICA	TABLA No.3 FACTOR DE VULNERABILIDAD
1.Víctima del conflicto armado 2. Condición de desplazamiento 3. Condición de discapacidad física 4. Víctima del conflicto armado y en Condición de desplazamiento 5. Víctima del conflicto armado y en Condición de discapacidad física 6. Víctima del conflicto armado en Condición de desplazamiento y en Condición de discapacidad física 7. Condición de desplazamiento y en Condición de discapacidad física 8. Ninguna	1. Afrocolombiano 2. Comunidad Negra 3. Indígena - Resguardo 4. Palanquero 5. Raizal del archipiélago de San Andrés 6. Room/Gitano 7. Ninguna	1. Desplazado 2. Victima del conflicto armado (No desplazado) 3. Desmovilizado o reinsertado 4. Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados 5. Cabeza de familia 6. Hijo (as) de madres cabeza de familia 7. En condición de discapacidad 8. Población Migrante 9. Población zonas frontera (Nacionales) 10. Ejercicio del trabajo sexual 11. Ninguna

Resguardos? Si ☐ No ☐ Cúal?_____	Pueblos Indigenas? Si ☐ No ☐ Cúal?_____

2. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Toda la Información aquí suministrada es VERÍDICA. Cumplo 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.

Al postularme como dependiente o independiente al Mecanismo de Protección a Cesante, declaro que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno.

Autorizó recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico Inmerso en el presente formulario, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - Comfiar, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10° del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1° del Decreto 2563 de 1985. El correo aquí registrado será entendido como mi domicilio para efectos de notificaciones.

Atendiendo 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.

3. AUTORIZACIÓN DE DATOS

A) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

B) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como " datos sensibles" para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

C) SI ___ NO ___ AUTORIZO, recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca-COM FIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53,56, y 67 del numeral 1 de la ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la ley 527 de 1994, articulo 43 del Decreto 229 de 1995 y el articulo 10 del Decreto 75 de 1984,modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

4. AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍA(S), VÍDEOS Y TRANSMISIÓN INTEGRAL DE IMAGEN Y/O VOZ

Por medio del presente documento SI ___ NO ___ AUTORIZO, de forma expresa a la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR para el consentimiento en el uso y la difusión de imagen, video, voz y/o transmisión integral con el fin de promocionar los servicios, programas, actividades, eventos propios de la Corporación o donde tenga alguna participación pública y/o privada, teniendo en cuenta lo dispuesto en la Constitución, la Ley y demás normas concordantes. La autorización se regirá por las siguientes: CLÁUSULAS:

PRIMERA. - Autorización y objeto. Mediante el presente documento otorgo el consentimiento y derecho absoluto en el cual, la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, tendrá la AUTORIZACIÓN para hacer uso y tratamiento de mi(s) fotografía(s), vídeos, voz y/o transmisión integral para fines publicitarios de carácter interno o externo. Así mismo, comprendo que el uso para su difusión será únicamente institucional y podrán ser utilizadas(os) en Publicaciones, Anuncios impresos, Medios electrónicos, Televisión, Vallas, Pendones, Página web, Aplicación - APP, Redes sociales u otro elemento de publicación y difusión, para la promoción de los servicios de proyección de la marca “COMFIAR”.

SEGUNDA. - Alcance de la autorización. La presente autorización se otorga para ser utilizada en formato o soporte material permisible (recortar,alterar, transformar, modificar, suprimir) para editar la(s) fotografías(s), vídeos, voz y/o transmisión integral para fines publicitarios de cualquier manera a discreción exclusiva de COMFIAR, y pueda ser extensa a la utilización en medio electrónico, óptico, magnético, en redes (Intranet e Internet), mensajes de datos o similares y en general para cualquier medio o soporte conocido o por conocer en el futuro. Convengo que cederé derecho a un tercero sobre el material.

La publicación podrá efectuarse de manera directa o a través de un tercero que se designe para tal fin.

TERCERA. - Territorio y exclusividad. - Los derechos aquí autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna. También reconozco que COMFIAR podría decidir no usar la fotografías(s), vídeos, voz y/o transmisión integral para fines publicitarios por el momento, pero podría hacerlo a potestad exclusiva en cualquier fecha futura, y de la misma forma deslindo de responsabilidad a COMFIAR, al fotógrafo, a sus Directivos, colaboradores, agentes y personas designadas, por lo cual, convengo no demandar a los anteriores por reclamación alguna, responsabilidad, lesión o perdida en relación con dicho uso.

Así mismo, declaro que no tengo derecho a recibir compensación o reconocimiento económico o de cualquier otro tipo, en relación con el uso que se hagan de las fotografías(s), vídeos, voz y/o transmisión integral para fines publicitarios.

CUARTA. – SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍA(S), VÍDEOS Y TRANSMISIÓN INTEGRAL DE IMAGEN Y/O VOZ ES MENOR DE EDAD. - Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del menor de edad.

Nota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso, por parte de la Caja de Compensación Familiar - COMFIAR

_____

FIRMA DEL CESANTE C.C