Comfiar	**FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN AL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE**	Fosfec	CODIGO: FT - GS - 22
			VERSIÓN: 05
			FECHA: 10 de diciembre de 2019

Número de Radicación de la Plataforma Fosfec	**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

Identificación	**C.C.** / C.E.	T.I. / PA	Número	1er. Apellido	2o. Apellido	1er. Nombre	2o. Nombre

Fecha de Nacimiento: (DD/MM/AAAA)	Sexo: M ○ F ○	Tipo de población: (Ver tabla No. 3)	Pertenencia Etnica: (Ver tabla No. 4)	Factor de Vulnerabilidad: (Ver tabla No. 5)
Dirección Residencia:	Teléfono:	¿Cuál fue el último salario devengado?	¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar ?	¿Ha recibido beneficios del seguro al desempleo? No ○ Si ○ ¿Cuántos meses?
Barrio:	Celular:	Entre 1 y 2 SMMLV ○ / Entre 2 y 3 SMMLV ○	Asalariado ○	¿Cuál fue la ultima Caja a la cual estuvo afiliado?
Ciudad: / Departamento:	Zona: Urbano ○ Rural ○	Entre 3 y 4 SMMLV ○ / Más de 4 SMMLV ○	Independiente ○	¿Esta inscrito en el Servicio Público de Empleo? Si ○ No ○
Correo Electrónico:		¿A qué EPS 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 ○ No ○	¿Recibía cuota monetaria de subsidio familiar por las personas a cargo? No ○ Si ○ ¿Por cuantas?	¿Ha cambiado el número de personas a cargo con respecto a su condición de trabajador? Si ○ Diligencie el numeral **2**	No ○ Continúe en 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 S: Si N:No	N: Ning P:Prim S:Sec T:Técn. Sp:Sup
Apellidos y Nombres	A: Adición R: Retiro	(DD/MM/AAAA)	M F		Tipo	Número		

* RECUERDE: Si ha cambiado el número de personas a cargo por la cuales recibía cuota monetaria, debe adjuntar documento adicional de las nuevas personas.

TABLA No. 3. TIPO DE POBLACIÓN

1. Victima del conflicto armado.
2. Condición de desplazamiento.
3. Condición de discapacidad fisica.
4. Victima del conflicto armado y en Condición de desplazamiento.
5. Victima del conflicto armado y en Condición de discapacidad fisica.
6. Victima del conflicto armado en Condición de desplazamiento y en Condición de discapacidad fisica.
7. Condición de desplazamiento y en Condición de discapacidad fisica.
8. No aplica

TABLA No. 4. PERTENENCIA ETNICA

1. Afrocolombiano
2. Comunidad Negra
3. Indigena
4. Palanquero
5. Raizal del archipielago de San Andres
6. Room/Gitano
7. Ninguna

TABLA No. 5. FACTOR DE VULNERABILIDAD

1. Desplazado.
2. Victima del conflicto armado (No desplazado).
3. Desmovilizado o reinsertado.
4. Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados
5. Cabaza 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 trabajp sexual.
11. No aplica

6. 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 independiente al Mecanismo de Protección a Cesante, declaro que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno.
Al postularme como asalariado y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro que ésta no me fue entregada por parte de mi empleador.

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 artículo 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.

7. BONO DE ALIMENTACION FOSFEC:

Con la suscripción del presente documento, manifiesto que durante el tiempo que sea beneficiario de las prestaciones económicas con cargo al FOSFEC, destinare la prestación económica denominada "Bono de Alimentación" solo en productos alimenticios, de conformidad con los fines señalados en el Decreto 582 de 2016, expedido por el Ministerio de Trabajo (destinación solo a cubrir gastos de alimentación según lo definido en el articulo 2.2.6.1.3.18).

De igual forma en el momento en que termine mi condición de desempleado, me comprometo a informar previa o inmediatamente por escrito a la Caja de Compensación Familiar, entendiendo que si omito esta notificación incurriré en las sanciones previstas en la Ley.

Firma del Cesante c.c.

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

SELLO DE RADICADO

NUMERO DE FOLIOS

Estado de la postulación: APROBADA DENEGADA
Según artículo 47 del decreto 2852 de 2013
Fecha Probable de Asignación: _____

VIGILADO SuperSubsidio

Recepción Formulario único de Postulación al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante - FOSFEC

Comfiar — Caja de compensación familiar de Arauca

SELLO DE RADICADO

NUMERO DE FOLIOS

Fosfec

Estado de la postulación: APROBADA DENEGADA
Según artículo 47 del decreto 2852 de 2013
Fecha Probable de Asignación: _____

Documentos pendientes: _____

Señor usuario, es importante indicarle que si usted inicia labores antes de ser contactado para notificarse la aprobación del seguro al desempleo o una vez asignado el beneficio, debe informarlo de manera inmediata y por escrito a la Caja de Compensación Familiar, remitiendo oficio directamente a nuestras oficinas; de esta manera el beneficio será suspendido y se retomará una vez vuelva a quedar desempleado, si usted así lo desea. La importancia de informar a tiempo que inicio labores, es no aplicar sanciones por el pago de un beneficio sin derecho.