

FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN DECRETO 488 de 2020



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"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <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"/>		
Área Geográfica:	Etnia:		Poblaciones:			Factor de Vulnerabilidad:	
Categoría de Afiliación	Tipo de Cuenta		Número de Cuenta			Entidad Bancaria	
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>							
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?	
¿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. S: Si N:No	N: Ning P:Prim S:Sec T:Téc. Sp:Sup
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	A:Adición R:Retiro	Año	Mes	Día	M	F	Hijo	Padre	Hermano	Otro	Tipo		

\* RECUERDE: Si ha cambiado el número de personas a cargo por la 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 cumpla 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, declaró 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:** escribalos 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.