

|                      |                     |     |     |     |       |
|----------------------|---------------------|-----|-----|-----|-------|
| 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. <input type="text"/>                                     | T.I. <input type="text"/> | Número <input type="text"/>                                                                              | 1er. Apellido <input type="text"/> | 2o. Apellido <input type="text"/> | 1er. Nombre <input type="text"/>                                                 | 2o. Nombre <input type="text"/> |
| Dirección Residencia:                                                                                                           |  | Teléfono:                                                     |                           | ¿Cuál fue el último salario devengado?                                                                   |                                    |                                   | ¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar ?                 |                                 |
| Barrio:                                                                                                                         |  | Celular:                                                      |                           | Entre 1 y 2 SMMLV <input type="text"/>                                                                   |                                    |                                   | Asalariado <input type="checkbox"/>                                              |                                 |
| Ciudad:                                                                                                                         |  | Departamento:                                                 |                           | Entre 3 y 4 SMMLV <input type="text"/>                                                                   |                                    |                                   | Independiente <input type="checkbox"/>                                           |                                 |
| Correo electrónico:                                                                                                             |  | Entre 2 y 3 SMMLV <input type="text"/>                        |                           | Más de 4 SMMLV <input type="text"/>                                                                      |                                    |                                   |                                                                                  |                                 |
| ¿Ha recibido subsidio al desempleo?                                                                                             |  | ¿Cuál fue la última Caja a la cual estuvo afiliado            |                           | ¿Esta inscrito en el Servicio Público de Empleo?                                                         |                                    |                                   |                                                                                  |                                 |
| Si <input type="checkbox"/> Hace cuántos meses? <input type="text"/>                                                            |  | 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"/>                          |                                 |
| ¿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="text"/>                                                      |                                    |                                   |                                                                                  |                                 |
| ¿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"/> Continúe en el numeral 3 |                                    |                                   |                                                                                  |                                 |

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

2. INFORMACION 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.J, R.C.) |        | Estudioso: Si/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                                                              | Numero |                  |                                    |  |
|                                                                                |               |            |             |                      |                  |     |     |      |   |            |       |         |      |                                                                   |        |                  |                                    |  |
|                                                                                |               |            |             |                      |                  |     |     |      |   |            |       |         |      |                                                                   |        |                  |                                    |  |
|                                                                                |               |            |             |                      |                  |     |     |      |   |            |       |         |      |                                                                   |        |                  |                                    |  |

\* 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 VERDICA. Cumpló con las condiciones para ser beneficiario (a) del Mecanismo de Protección al Cesante y no estoy incurrido 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.

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

\_\_\_\_\_  
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.  
Certificado de inscripción al Servicio Público de Empleo  
Documentos de nuevas personas a cargo, si las hubiese

Recepción Formulario único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante

|                                             |                                                                                               |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recibido por<br>Nombre <input type="text"/> | Fecha y Hora: <input type="text"/>                                                            |
| Firma: <input type="text"/>                 | Cantidad de Folios Anexos<br>Originales: <input type="text"/><br>Copias: <input type="text"/> |

|                                             |
|---------------------------------------------|
| Nombre del Postulante: <input type="text"/> |
| Nro. de Radicación <input type="text"/>     |