

FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN AL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE
LEY 1636 DE 2013 - LEY 2225 DE 2022 - DECRETO 1072 DE 2015

Número de radicación	Fecha de Radicación	Año	Mes	Día	Hora:
----------------------	---------------------	-----	-----	-----	-------

IMPORTANTE: Antes de diligenciar este formato lea cuidados ante la información

* 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 (8)

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?	
Barrio:				Celular:		¿Tipo de afiliación a la última Caja de Compensación Familiar?	
Ciudad:			Departamento:		Entre 1 y 2 SMMLV	Entre 3 y 4 SMMLV	Asalariado
Correo electrónico:				Entre 2 y 3 SMMLV		Más 4 SMMLV	Independiente
¿Ha recibido subsidio al desempleo? SI <input type="checkbox"/> ¿Hace cuántos meses? _____ NO <input type="checkbox"/>			¿Cuál fue la última Caja a la que estuvo afiliado?		¿Está registrado en la Agencia de Empleo? 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:		Población		Factor de vulnerabilidad
¿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
RESGUARDO INDIGENA					PUEBLO INDIGENA		

(*) Esta casilla solo podrá ser diligenciada, cuando esté operando el beneficio por ahorros 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.	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	P:Prim S:Sec T:Téc. Sp:Sup

3. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO:

- Que toda la Información aquí suministrada es VERÍDICA. Cumpló 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.

Que solamente me he postulado a una Caja de Compensación Familiar y cumpló con todas las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio de prestaciones económicas del Mecanismo de Protección al Cesante en los términos de la Ley 1636 de 2013, Ley 2225 de 2022 y Decreto 1072 de 2015 y demás normas concordantes, y no estoy inhabilitado(a) para solicitarlo.

- Que atendiendo lo indicado en la Ley Estatutaria 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, en tal sentido, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a la Caja de Compensación Familiar en la cual tramito mi postulación para que trate mis datos personales o sensibles que llegase a recolectar para procesarla, recolectarla, almacenarla, usarla, circularla, suprimirla, compartirla, actualizarla, transmitirla y transferirla de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de tratamiento vigentes establecidas por la Caja de Compensación familiar con el fin de hacer posible la prestación de los servicios propios, reportes a autoridades y entes de control y vigilancia y para uso de fines.

- 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.
- Que declaro que conozco conforme con lo indicado en el artículo 14° de la Ley 1636 de 2013, y el literal b del artículo 7° de la Ley 2225 de 2022, las personas quienes obtuvieren mediante simulación o engaño algún tipo de beneficio del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), previa comprobación de tal situación a través de sentencia judicial proferida por la autoridad competente, la Caja de Compensación Familiar que tenga conocimiento de tal hecho compulsará copias a su competente para que adelante la respectiva investigación. De igual forma de acuerdo a lo definido en el parágrafo 3 del artículo 7° de la Ley 2225 de 2022, para los casos dispuestos en los literales a y b quienes reciban los beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) perderán el beneficio y deberán devolver las sumas de las transferencias económicas consignadas y los aportes hechos al Sistema General de Seguridad Social, más sus intereses, sumado a las acciones penales a que haya lugar; igualmente según lo definido en el artículo 2.2.6.1.3.11 del Decreto 1072 de 2015, 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.
- Que conozco y autorizo, que se podrán utilizar medios electrónicos para todos los trámites asociados a esta gestión, los cuales serán válidos y vinculantes para las partes, siempre que provenga del correo electrónico de la persona facultada o autorizada y se pueda identificar su remitente y su destinatario. Lo anterior, en consonancia con las disposiciones gubernamentales actuales, conforme a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y demás disposiciones que regulen la materia.
- Tenga en cuenta:
 - o Informar de forma escrita si es vinculado laboralmente, así sea por un día, para evitar cobro retroactivo de los beneficios recibidos.
 - o La capacitación para la inserción laboral está estructurada en competencias transversales y competencias específicas. Éstas se deben realizar en la asignación de los recursos, En caso de incurrir en incumplimiento, se procederá a dar cumplimiento al Artículo 14° de la Ley 1636 en su literal d) "Descarta o no culmina el proceso de formación"; bloqueando el beneficio por incumplimiento al proceso de capacitación. Recuerde que debe tener total disponibilidad para tomar la capacitación en el momento que se convoque para el proceso de formación.

Nota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso por parte de COMCAJA y a la disponibilidad de recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante, atendiendo al principio de sostenibilidad, establecido en el artículo 4 de la Ley 1636 de 2013.

Firma del Cesante



**Recepción Formulario Único DE POSTULACIÓN AL MECANISMO DE PROTECCION AL CESANTE
LEY 1636 DE 2013 -LEY 2225 DE 2022 - DECRETO 1072 DE 2015**

Recibido por Nombre:
Firma:

Fecha y Hora:
Cantidad de folios anexos
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Originales Copias </div>

Nombre del Postulante:
No. Radicación:



INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIOS DE POSTULACION

CAMPOS OBLIGATORIOS

1. **NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:** marcar con una X tipo de identificación, 2. **NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:** Numero de cedula, 3. **PRIMER NOMBRE/ SEGUNDO NOMBRE/ PRIMER APELLIDPO/SEGUNDO APELLIDO:** Diligencie estos campos con los datos del solicitante, 4. **DIRECCION, BARRIO, TELEFONO, CELULAR, CIUDAD, DEPARTAMENTO, CORREO ELECTRONICO:** Diligencie estos campos con la información del solicitante, 5. **CUAL FUE EL ULTIMO SALARIO DEVENGADO:** marcar con una X el rango, 6. **TIPO DE AFILIACION A LA ULTIMA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR:** marcar con una X el tipo, 7. **HA RECIBIDO SUBSIDIO AL DESEMPLEO:** marcar con una X y si es si en número los meses, 8. **CUAL FUE LA ULTIMA CAJA A LA QUE ESTUVO AFILIADO:** el nombre completo, 9. **ESTA REGISTRADO EN LA AGENCIA DE EMPLEO:** marcar con una X, 10. **A QUE EPS ESTA AFILIADO ACTUALMENTE:** el nombre completo del EPS, 11. **A QUE ADMINISTRADORA DE PENSION ESTA AFILIADO ACTUALMENTE:** el nombre completo FONDO DE PENSION, 12. **A QUE FONDO DE CESANTIAS ESTA AFILIADO ACTUALMENTE:** el nombre completo, 13. **AHORRA PARA EL MECANISMO DE PROTECCION AL CESANTE EN SU FONDO DE CESANTIAS:** marcar con una X, 14. **AREA GEOGRAFICA:** en letras rural o urbana, 15. **ETNIA:** en letra a la pertenencia étnica, 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, 16. **POBLACION:** en letra a la que pertenece, Víctimas del conflicto armado, En condición de desplazamiento, En condición de discapacidad física, Víctimas del conflicto armado y en condición de desplazamiento, Víctimas del conflicto armado y en condición de discapacidad física, Víctimas del conflicto armado en condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física, En condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física, No aplica, 17. **FACTOR DE VULNERABILIDAD:** en letra a la que pertenece Desplazado, Víctima del conflicto armado (No desplazado), Desmovilizado o reinsertado, Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados, Damnficado desastre natural, Cabeza de familia, Hijo (as) de madres cabeza de familia, En condición de discapacidad, Población migrante, Población zonas frontera (Nacionales), Ejercicio del trabajo sexual, No aplica, No disponible, 18. **RESGUARDO INDIGENA:** en nombre del resguardo al que pertenece (en el caso que no esté en ninguno) en letras no aplica 19. **PUEBLO INDIGENA :** en nombre del pueblo indígena al que pertenece (en el caso que no esté en ninguno) en letras no aplica, 20. **FIRMA:** firma del postulante

Todos los datos deben ser diligenciados en forma clara, completa y real.

En las casillas donde de reporta informacion de núcleo familiar para pago de cuota monetaria no se debe diligenciar a partir de la expedición de la ley 2225 de 2022, esta prestación económica no aplica.

