



Formulario Único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante

Ley 1636 de 2013 Decreto 2852 de 2013

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

Sede		Número de Folios		Medio por el cual se entero:	Televisión <input type="checkbox"/>	Call center <input type="checkbox"/>	Referido <input type="checkbox"/>
No. de Radicación	Fecha de radicación		Hora	Empresa <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Publicidad <input type="checkbox"/>	
	Año	Mes	Día	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____		

1. Datos del cesante

Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		Número	1er. Apellido		2o. Apellido		Nombre(s)	
Fecha de nacimiento Año Mes Día		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		Dirección residencia			
Teléfono		Celular		Barrio	Ciudad	Departamento		
Correo electrónico		¿Cuál fue el último salario devengado? Entre 1 y 2 SMMLV <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 SMMLV <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/> Más de 4 SMMLV <input type="checkbox"/>						
¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar? Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>				¿Ha recibido seguro de desempleo durante los últimos 3 años? Si <input type="checkbox"/> ¿Hace cuántos meses? _____ No <input type="checkbox"/>				
¿Cuál fue la última Caja a la cual estuvo afiliado?				¿Esta inscrito en una Agencia de Empleo? Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/>				
¿A qué E.P.S. está vinculado actualmente?		Tipo de vinculación a la EPS <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Proceso de traslado <input type="checkbox"/> Protección laboral			¿A qué administradora de pensiones está afiliado actualmente?			
¿Recibió cuota de subsidio monetario por sus beneficiarios en la última Caja de Compensación Familiar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				¿Por cuántas personas a cargo?		¿Ahorra para el mecanismo de protección al cesante en su fondo de cesantías?*		
¿Ha cambiado el número de personas a cargo respecto a su condición de trabajador? Si <input type="checkbox"/> Diligencie el numeral 2 No <input type="checkbox"/>						Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/>		

2. Información adicional sobre el grupo familiar

Nombres completos de las personas a cargo por quienes solicita el pago de la cuota monetaria														
Apellidos	Nombre	Fecha de nacimiento			Sexo		Parentesco			Documento de identidad		Estudia S: Si N: No	N: Ninguno S: Secundaria Sp: Superior P: Primaria T: Técnico	Discapacidad S: Si N: No
		Año	Mes	Día	M	F	Hijo	Padre	Hermano	Tipo	Número			

Recuerde: si ha cambiado el número de personas a cargo por las cuales recibía cuota monetaria, debe adjuntar documentos soporte para recibir este beneficio.

3. 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 asalariado y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro que esta no me fue entregada por parte de mi empleador.

Bajo la gravedad de juramento declaro que este informe ha sido examinado por mí y que todos los datos son exactos. Consiento y autorizo de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Artículo 5º. del Decreto 1377 de 2013, autorizo 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. según lo anuncia el presente documento, que conozco (he leído) el aviso de privacidad, incluido al respaldo de este formato.

Autorizo a Compensar el envío de información por correo electrónico y al celular por mensaje de texto Si No

Observaciones: _____

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 relación laboral o del contrato Tarjetas de identidad Certificado de escolaridad
 Certificación de inscripción a una agencia de empleo Cédulas de ciudadanía Registros civiles
 Certificado de la Caja de Compensación Familiar Declaración juramentada Certificado de discapacidad
 Carta de uso bono de alimentos Certificado de la EPS Beneficiario Certificado de la EPS
 Carta Autorización EPS

Firma del cesante

No. C.C.

Espacio para sello de radicación

Espacio para sello de grabación

Recibido por Nombre	Firma	Fecha y hora
Cantidad de folios anexos Originales Copias	Nombre del postulante	No. Radicación

Observaciones: _____



Instrucciones Generales para el Diligenciamiento del Formulario Único de Postulación

Diligencie el formulario con letra imprenta legible y clara, sin tachones y en tinta negra.

1. Datos del cesante

Deberá llenar los siguientes espacios correspondientes a:

Datos del cesante:

- **Tipo de identificación:** marque si es: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad
- **Número de identificación del cesante:** escriba completo el número del documento de identificación.
- **Apellidos y nombres:** escribalos según el orden establecido, como figura 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.
- **¿Cuál fue su último salario devengado?:** escriba claramente el rango en el cual se ubica su último salario devengado.
- **¿Tipo de vinculación a la última Caja de Compensación Familiar?:** identifique si su vinculación a la última Caja de Compensación Familiar era como empleado o como independiente.
- **¿Ha recibido seguro de desempleo?:** señale si ha recibido seguro de desempleo en los últimos tres años por parte de una Caja de Compensación Familiar.
- **¿Cuál fue la última Caja a la cual estuvo afiliado:** señale la última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado como empleado o independiente.
- **¿Está inscrito en una Agencia 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.
- **¿A qué EPS está vinculado actualmente?:** señale a cuál EPS esta vinculado y su tipo de vinculación.
- **¿Cuál es su Fondo de Pensiones?:** señale a que 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 al Mecanismo de protección al Cesante.
- **¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de cesantías?:** indique si ha ahorrado en su fondo de cesantías para el Mecanismo de protección al Cesante. (Esta casilla solo podrá ser diligenciada, cuando esté operando en los fondos de cesantías, el ahorro para el Mecanismo de Protección al Cesante)
- **¿Recibió cuota de subsidio monetario por sus beneficiarios en la última Caja de Compensación Familiar?:** indique si recibía subsidio monetario en la última Caja de Compensación Familiar donde estuvo afiliado, 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 padre cumplió 60 años de edad.

2. Información del grupo familiar

Apellidos y nombres:

Identificación de personas a cargo del cesante: (esta sección se debe diligenciar siempre y cuando el número de personas a cargo, haya cambiado con respecto a la condición de empleado del solicitante.

Autorización Tratamiento de datos personales

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios y dependencias de la Caja de Compensación Familiar Compensar, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal de acuerdo con lo establecido en el Manual de Protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: [http://www.compensar.com.co/vínculo protección datos personales](http://www.compensar.com.co/vínculo%20protección%20datos%20personales); información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mi grupo familiar. Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control. Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos o no por mí. En la realización de estudios internos sobre hábitos de consumo y/o estadísticas, como del análisis del dato para mejoras de nuestros servicios. Información sobre la cual en cualquier momento podré ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio Caja de Compensación Familiar Compensar.

Manejo de transmisión de mis datos personales, a las administradoras encargadas de la seguridad social, dirigidos a la actualización de mi afiliación y/o traslado en el sistema, entrega de los diferentes subsidios otorgados a los afiliados o no afiliados según aplique por ley, y en general, con las entidades con las que tenga convenios o acuerdos. Compartir mis datos personales con la EPS Compensar para los fines relacionados con las funciones propias de Caja y la EPS, así mismo, cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com

La protección de datos personales en Compensar, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco y se dónde consultar la información sobre protección de datos personales de Compensar, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.