

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"/>			Entre 3 y 4 SMMLV <input type="text"/>		Asalariado <input type="checkbox"/>	
Ciudad:	Departamento:	Entre 2 y 3 SMMLV <input type="text"/>			Más de 4 SMMLV <input type="text"/>		Independiente <input type="checkbox"/>	
Correo electrónico:	¿Ha recibido subsidio al desempleo?			¿Esta inscrito en el Servicio Público de Empleo?				
Si <input type="checkbox"/>	Hace cuántos meses? <input type="text"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cual fue la última Caja a la cual estuvo afiliado?		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.I, R.C.)		Estud. a.S: Si	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	N:No	P:Prim	

* 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:

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.

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 Nombre <input type="text"/>
Firma: <input type="text"/>

Fecha y Hora: <input type="text"/>
Cantidad de Folios Anexos Originales: _____ Copias: _____

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