



Barranquilla, 01 de abril de 2020

Señor (a):

SILVA CERVANTES JORGE LUIS

C.C. 85434987

Ciudad

ASUNTO: TERMINACION DE CONTRATO

Me permito comunicarle que su contrato de trabajo por obra o labor contratada se dará por terminado a partir del día **01 de abril de 2020**, por motivo de terminación de la obra para la cual usted fue contratado.

No obstante, lo anterior la citada Sociedad le reconocerá a usted, la liquidación definitiva de salarios y prestaciones sociales legales correspondientes.

Es oportuno manifestarle nuestros agradecimientos por su labor prestada en la empresa

Cualquier inquietud, información adicional, con gusto lo atenderemos.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jennifer Martinez Soto", with a stylized flourish at the end.

JENNIFER MARTINEZ SOTO

Coordinadora de Gestión Humana

Geotech Solutions S.A.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
85.434.987

NUMERO

SILVA CERVANTES

APELLIDOS

JORGE LUIS

NOMBRES

Jorge Luis Silva

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1967

EL BANCO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 0+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-DIC-1985 EL BANCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CALENDO VALEJA

INDICE DERECHO



R-0300100-22159577-M-0085434987-20080117 00149080171 01 237412350

Jorge Luis
cc 85434987

FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN DECRETO 488 de 2020



Número de radicación	Fecha de Radicación	Año 20	Mes 4	Día 2	Hora:
----------------------	---------------------	--------	-------	-------	-------

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

1. DATOS DEL CESANTE

No. Identificación del Cesante 85434987	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	Número	1er. Apellido SILVA	2o. CERVANTES Apellido	1er. JORGE Nombre	2o. Nombre LUIS
Dirección Residencia: C61 #9E-24	Teléfono:	¿Cuál fue su último salario devengado?	¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar?			
Barrio: LOS CUSULES	Celular: 3184952235	Entre 1 y 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/>	Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input checked="" type="checkbox"/>			
Ciudad: SOLEDAD	Departamento: ATLANTICO	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 checked="" type="checkbox"/>	COMBARRANGUILLA	SI <input checked="" 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? (*)			
NUEVA EPS	COPIENSIONES	COFONDOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Área Geográfica: URBANA	Etnia: NO	Poblaciones: NO APHCA	Factor de Vulnerabilidad: CABEZA DE FAMILIA			
Categoría de Afiliación A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	Tipo de Cuenta Ahorros	Número de Cuenta 48700011634	Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA			
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 checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
			¿Por cuántas personas a cargo? 3 PERSONAS			
¿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 checked="" 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	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:

- Que Toda la información aquí suministrada es VERÍDICA.
- Que sólo me he postulado a una Caja de Compensación Familiar y cumplo 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 obtuvieron o mantuvieron mediante simulación, engaño o fraude algún tipo de beneficio de los previstos en el artículo 60 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.

Jorge Luis Silva

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	