

FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN AL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE
LEY 1636 DE 2013, DECRETO 2852 DE 2013



| | | | | | | | | |
|---------------------|-------------------------------|----------------------|--------------|---------------------|------|-----|-----|-------|
| Lugar de radicación | Lugar de recepción formulario | Número de radicación | N.º de folio | Fecha de radicación | Año | Mes | Día | Hora |
| | | | | | 2022 | 01 | 17 | 14:12 |

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

1. DATOS DEL CESANTE

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| N.º Identificación del cesante | C.C. <input checked="" type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> | 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre | Fecha de nacimiento |
| 51944281 | T.I. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> | barreto | morales | Maria | magdalena | 1969-04-07 |
| Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | Estado civil Soltero/a | Datos conyugue | 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre |
| Dirección residencia: cra 147a #142f -39 | | Teléfono: | | ¿Rango del último salario devengado? | | ¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar? |
| Barrio: bILBAO | | Localidad: SUBA | | Entre 1 y 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/> | | Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ciudad: 11001 | | Departamento: 11 | | Entre 2 y 3 SMMLV <input type="checkbox"/> | | Independiente <input type="checkbox"/> |
| Entre 3 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/> | | | | Más de 4 SMMLV <input type="checkbox"/> | | |
| ¿Ha recibido subsidio al desempleo? | | ¿Cuál fue la última Caja a la cual estuvo afiliado? | | ¿Está inscrito en el Servicio Público de Empleo? | | |
| Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Hace cuántos meses? AAAA/MM/DD | | COLSUBSIDIO | | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál agencia? VIRTUAL | | |
| ¿A qué E.P.S. está afiliado actualmente? | | ¿A qué administradora de pensiones está afiliado actualmente? | | ¿A qué fondo de cesantías está afiliado actualmente? | | ¿Ahora para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de cesantías? (*) |
| SANITAS | | COLPENSIONES | | PORVENIR | | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Recibía cuota monetaria de subsidio familiar por las personas a cargo? | | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | ¿Por cuántas personas a cargo recibía cuota monetaria? | | |
| ¿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 2 | | |
| Nombre del último empleador | | NIT de la última empresa | | Dirección de la empresa | | |
| GRAFICAS JAIBER SAS | | 8600418991 | | Autopista Medellín Km 2.7, Bodega 8 Parque Industrial Los | | |
| Teléfono última empresa | | Ciudad | | Último salario devengado | | |
| 8773797 | | 11001 | | 923000 | | |

(*) Esta casilla solo podrá ser diligenciada cuando esté operando el beneficio por ahorro de cesantías.

2. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL GRUPO FAMILIAR

| Nombres completos de las personas por las que recibía subsidio familiar en la última empresa laborada. | | | | Novedad | Fecha nacimiento | | | Discapacidad | Sexo | | Parentesco | | | | | Documento de identidad (Identifique el tipo: C.C., C.E., T.I., R.C.) | | Estudia | Nº: No for. N: Ning. A: Afili. P: Prim. S: Sec. T: Téc. PE: Prof. Pg: Post. D: Doc. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|-------------|-------------------------|------------------|-----|-----|--------------|------|---|------------|-------|-------|---------|--------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre | | Año | Mes | Día | | M | F | Hijo | Padre | Madre | Hermano | Hijeta | Tipo Doc | Número | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | A: Adición R: Retiro | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Toda la información aquí suministrada es VERDICA. 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 al 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 esta no me fue entregada por parte de mi empleador.

Atendiendo lo indicado en la Ley 1581 de 2012 y el artículo 5º 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.

magdalenabarreto602@gmail.com

Correo electrónico

Autorizo con la firma del presente, la notificación electrónica de las decisiones emanadas de la presente postulación.

Si ☒ No ☐

Maria magdalena barreto morales

Firma del cesante

El beneficiario declara que se compromete a hacer uso del bono de alimentación en productos alimenticios conforme al decreto 582 del 2016. Así mismo informará a la Agencia de Gestión y Colocación respectiva, cuando su condición como cesante termine.

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: www.colsubsidio.com

Fecha y hora:
2022-01-17 14:12:05

Nombre del postulante:
Maria magdalena barreto morales

Firma:
186.81.229.143, 19

Cantidad de folios anexos:
Originales: Copias:

N.º de radicación:

VIGILADO SuperSubsidio

VIGILADO SuperSubsidio

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Diligencie completamente el formulario preferiblemente en letra impresa o a máquina, sin tachones ni enmendaduras.
2. Escriba correctamente el número de identificación del postulante.
3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación esté completa.

RECUERDE QUE PARA SER BENEFICIARIO DEL FOSFEC DEBE TENER EN CUENTA:

1. Encontrarse en condición de desempleado por cualquier causa o, en caso de independientes, que su contrato haya terminado o no cuente con ningún otro, o que no cuente con ninguna fuente de ingresos.
2. Que haya realizado aportes a una Caja de Compensación Familiar un año continuo o discontinuo durante los tres (3) últimos años para los dependientes y dos (2) años continuos o discontinuos en los tres (3) últimos años para los independientes.
3. Inscribirse en cualquiera de los Servicios de Empleo autorizados y desarrollar la ruta hacia la búsqueda de empleo.
4. Estar asistiendo a programas de capacitación.

Los beneficios serán incompatibles con toda actividad remunerada y con el pago de cualquier tipo de pensión.

DOCUMENTOS APORTADOS

1. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS

- 1.1 ☐ Formulario único de postulación.
- 1.2 ☐ Copia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150 %.
- 1.3 ☐ Certificado de la última afiliación a E.P.S. máximo 30 días de expedición.
- 1.4 ☐ Certificado de última afiliación a Fondo de Pensiones máximo 30 días de expedición.
- 1.5 ☐ Acuerdo bono de alimentación.

2. OTROS DOCUMENTOS

- 2.1 ☐ Certificado de escolaridad para niños mayores de 12 años y menores de 19 años.
 - 2.2 ☐ Certificado de terminación laboral con fecha de inicio y terminación laboral.
 - 2.3 ☐ Certificado de inscripción a Agencia de Empleo.
 - 2.4 ☐ Copia del formato de solicitud, modificación o revocación de ahorro de cesantías para el mecanismo de protección al cesante (certificado de ahorro voluntario de cesantías) (si aplica).
 - 2.5 ☐ Certificados de otras cajas de compensación familiar de los últimos 3 años.
3. 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: copias de registro civil de nacimiento que acrediten parentesco, registro civil de matrimonio y/o declaración juramentada de convivencia, copias de las cédulas de ciudadanía y/o tarjetas de identidad (si aplica), certificado de escolaridad, manifestación escrita de dependencia económica, certificado(s) de ingresos laborales y cuota monetaria, de acuerdo se requiera en cada caso.

En el caso de los trabajadores independientes contratistas, la certificación será equivalente a la constancia sobre terminación del contrato que emita el contratante o el acta de terminación del contrato.

4. Otro(s): _____

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012.

Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Firma: Maria magdalena barreto morales Fecha: 2022-01-17 14:12:05

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

La Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, declara que protege los datos suministrados por sus afiliados y no afiliados en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 e informa a estos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular. Dicho tratamiento podrá realizarse directamente por Colsubsidio y/o por el tercero que este determine.

Colsubsidio informa al titular de los datos personales que le asisten los siguientes derechos:

- 1) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a Colsubsidio y/o al tercero que este determine.
- 2) Solicitar prueba de la autorización otorgada.
- 3) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas, solicitudes y reclamos.
- 4) Revocar la autorización y/o solicitar ante la Superintendencia de Industria y Comercio la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
- 5) Acceder en forma gratuita a sus datos personales.

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de Colsubsidio y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de:

Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio Servicios Bogotá 745 7900 opción 2-4-4, línea nacional gratuita 01 8000 910500, página web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico: servicioalcliente@colsubsidio.com

Así mismo, puede consultar la ley de protección de datos personales en nuestro sitio web: www.colsubsidio.com