



Formulario Único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante Beneficio Transitorio por Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por COVID-19

Espacio Exclusivo para Diligenciar por la Caja de Compensación Familiar de Nariño

Sede :	Número de folios :		
No. de radicación :	Fecha de radicación		Hora :
	2020	04	
C1-0000152			14:57:45

Importante: Antes de diligenciar este formato lea cuidadosamente las instrucciones generales, la información anexa y causales de pérdida del beneficio.

1. Datos del cesante

Tipo de identificación :	Número :	1er Apellido :	2o Apellido :	Nombre(s) :
CC-CEDULA DE CIUDADANIA	63542874	PRADA	RIOS	MONICA CAROLINA
Fecha de nacimiento :	Sexo :	Estado civil :	Dirección residencia :	Teléfono :
28-08-1983	FEMENINO	CASADO	BR VALENCIA KR 1 7 47	3146788259
Celular :	Barrio :	Ciudad :	Departamento :	Correo electrónico :
3146788259		IPIALES (NARINO)	NARINO	karito_0828@hotmail.es
Último salario devengado :	Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar :			
MENOS DE 2 SALARIOS MINIMOS	TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
¿Ha recibido subsidio al desempleo durante los últimos 36 meses?	¿Cuál fue la última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado?			
NO	COMFAMILIAR NARINO			
¿Está inscrito en el Servicio Único de Empleo?	¿A qué E.P.S. está vinculado?			
NO	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.			
¿A qué administradora o fondo de pensión está afiliado?	¿A qué administradora de cesantías se encuentra afiliado?			
FONDO CESANTIAS PROTECCION	FONDO CESANTIAS PORVENIR			
Pertenencia Étnica	Población	Factor de Vulnerabilidad		
NO APLICA	EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	DESPLAZADO		
¿Recibió subsidio de cuota monetaria por sus beneficiarios en la última CCF?	¿Por cuántas personas a cargo?			
SI	1			

2. Información sobre el grupo familiar (Padres, hijos, hermanos)

DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	ESTADO
15815579	CARLOS ARBEY ANDRADE DELGADO	CONYUGE	ACTIVO
1020113283	LUISA FERNANDA ANDRADE PRADA	BENEFICIARIO-HIJO	ACTIVO

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

3. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

Toda la información aquí suministrada es verídica. Cumplio con las condiciones para ser beneficiario(a) del Mecanismo de Protección al Cesante y no estoy en curso(a) 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 cesante, así mismo, manifiesto bajo la gravedad de juramento que solo me he postulado a una Caja de Compensación Familiar.

Declaro conocer las causales de pérdida del derecho a los beneficios y la obligación de informar la obtención de una fuente directa de ingresos o realizar una actividad remunerada, para que se me excluya del pago de los beneficios que sean reconocidos con la presente postulación.

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información contenida en el presente formulario es verídica y exacta. 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 5 del Decreto 1377 de 2013. Autorizo a dejar 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 al mismo.

Declaro que conozco (he leído) el Aviso de Privacidad, y la Política de Protección de Datos personales de la Caja de Compensación Familiar de Nariño.

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Nariño el envío de información y notificaciones al correo electrónico registrado en el presente formulario

Si No

Nota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso por parte de la Caja de Compensación Familiar de Nariño.

Anexos:

- Aportar certificación sobre cesación laboral en caso de trabajadores dependientes o cesación de ingresos en caso de trabajadores independientes, en los términos de la Ley 1636 de 2013 y el artículo 46 de Decreto 2852 de 2013, misma que deberá contener fecha de ingreso y retiro, motivo de terminación de contrato y último salario devengado.
- Aportar copia de la cédula de ciudadanía legible de los dos lados.
- Aportar los documentos soporte de las personas a cargo por quienes se solicita el pago de la cuota monetaria, que certifiquen el cumplimiento de los requisitos para recibir este beneficio, como lo son:
- Para Hijos no mayores a los 18 años, legítimos, adoptivos, hijastros y extramatrimoniales adjuntar registro civil, acto administrativo o sentencia judicial que acremente el vínculo.
- Hermanos que no sobrepasen los 18 años de edad, huérfanos de padres, que convivan y dependan económicamente del trabajador, adjuntar registro civil, acto administrativo o sentencia judicial que acremente el vínculo.
- Padres del trabajador mayores de 60 años de edad, que no reciban pensión, salario o renta alguna, adjuntar registro civil, acto administrativo o sentencia judicial que acrecente el vínculo.
- Padres o hermanos descritos anteriormente inválidos o con capacidad física reducida, registro civil, acto administrativo o sentencia judicial que acrecente el vínculo y certificado de discapacidad emitido por la correspondiente 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:



Formulario Único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante Beneficio Transitorio por Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por COVID-19

Instrucciones Generales para el diligenciamiento del Formulario Único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante - Beneficio Transitorio por Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por COVID-19

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

a. 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 de carácter obligatorio, 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.
- **¿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 trabajador dependiente o como trabajador independiente.
- **¿Ha recibido Subsidio de desempleo durante los últimos 36 meses?:** señale si ha recibido subsidio de desempleo durante los últimos en los treinta y seis (36)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 tragador dependiente o trabajador independiente?
- **¿Está inscrito en el Servicio Único de Empleo?:** Indique si se encuentra inscrito en el Servicio Único de Empleo, a través de una agencia de empleo de una Caja de Compensación Familiar.
- **¿A qué EPS está vinculado?:** señale a cuál EPS está vinculado.
- **¿A qué administradora o fondo de pensiones está afiliado?:** Señale a que Administradora o fondo de Pensiones se encuentra afiliado
- **¿A qué administradora de cesantías está afiliado?:** Señale a que Administradora de cesantías se encuentra afiliado

Pertenencia Étnica, Población, Factor de Vulnerabilidad

Indique para Pertenencia Étnica: Afrocolombiano, Comunidad Negra, Indígena, Palenquero, No se reconoce en ninguno de los anteriores.

Indique para Población: Víctima del conflicto armado, En Condición de Desplazamiento, En condición de discapacidad física, Víctima del conflicto armado y en condición de desplazamiento, Víctima del conflicto armado y en condición de discapacidad física, Víctima 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.

Indique en Factor de Vulnerabilidad: Desplazado, Víctima del Conflicto armado, desmovilizado o reintegrado, hijo (a) de desmovilizado o reinserido, damnificado desastre natural, cabeza de familia, hijo (a) de madres cabeza de familia, en condición de discapacidad, población migrante, Población Zonas de Frontera (Nacionales), ejercicio de trabajo sexual, No aplica.

- **¿Recibió subsidio de cuota monetaria por sus beneficiarios en la última Caja de Compensación Familiar?:** indique si recibió subsidio de cuota monetaria en la última Caja de Compensación Familiar donde estuvo afiliado, de ser así, señale por cuántas personas a cargo recibía dicho subsidio.
- **Información sobre grupo familiar Apellidos y nombres:** indique la información establecida en los recuadros y si por alguno de ellos se requiere el subsidio de cuota monetaria se debe adjuntar los documentos soporte indicados como anexos.

Importante Causales de Perdida del Beneficio

a. Perciban efectivamente una pensión de vejez, invalidez o sobrevivientes

b. Obtengan una fuente directa de ingresos o realicen una actividad remunerada. En este caso será responsabilidad exclusiva del cesante informar a la Caja de Compensación Familiar acerca de esta novedad, 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.

c. Renuncien voluntariamente a las prestaciones económicas

d. Rechacen, sin causa justificada, la ocupación que le ofrece el Servicio Público de Empleo, siempre y cuando ella le permita ganar una remuneración igual o superior al 80% de la última devengada y no se deterioren las condiciones del empleo anterior. Entiéndase por deterioro en las condiciones del empleo solamente las circunstancias de demérito en relación con el domicilio del trabajo y la relación de la nueva labor con el perfil ocupacional del postulante, lo cual debe ser justificado por este y validado por la Caja de Compensación Familiar.

e. El aspirante que se postule a más de una Caja de Compensación para acceder a los beneficios. En el formulario de postulación deberá establecerse una casilla en la que, bajo la gravedad de juramento, el aspirante manifieste que solo se ha postulado a una Caja de Compensación Familiar.

f. A través de engaño o simulación hayan accedido a las prestaciones

EL SUSCRITO LIDER ESTRATEGICO DE LA UNIDAD DE APORTES Y CUOTA MONETARIA DE LA CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR CAJASAN

C E R T I F I C A

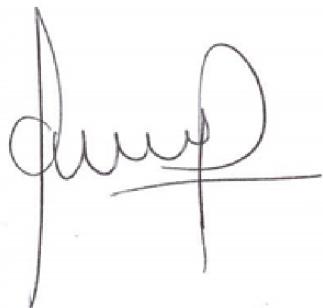
Que PRADA RIOS MONICA CAROLINA identificado(a) con cédula de ciudadanía No 63542874, no se encuentra recibiendo subsidio familiar en dinero ni disfruta de los servicios por parte de esta Caja de Compensación Familiar.

NIT	RAZON SOCIAL	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	DIAS
91216727	CASTILLO PEREZ LUIS EDUARDO	05-2015	12-2015	215

Finalmente, queremos agradecerle por haber hecho parte de nuestra familia Cajasan y lo invitamos a visitar la página web www.cajasan.com

La presente certificación se expide el 28 de abril del 2020.

Cordialmente,



NATHALIA JIMENA PEREZ CAMACHO
Líder Estratégico Unidad de Aportes y Cuota Monetaria

CREDITOS Y FINANZAS DE NARIÑO SAS

NIT. 900813319-8

Calle 10 No. 5-54 Edificio Torre Empresarial

Tel. 7253322 – Cel. 3154537098

Ipiales, 24 de marzo de 2020

Señor

EDISON ESTEBAN FUEL TULCAN

Auxiliar Contable

Ciudad

Asunto: Certificación Terminación de Contrato

Conforme a lo expuesto en el numeral 7 del artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo, emito este documento para certificar que **EDISON ESTEBAN FUEL TULCAN**, identificado con cédula de ciudadanía número 1.085.925.099 de Ipiales, laboró con esta empresa desde el 01 de Octubre de 2015 hasta el 24 de marzo de 2020 desempeñando el cargo de Auxiliar Contable, demostrando responsabilidad, honestidad y dedicación en las labores que le fueron encomendadas, este contrato se dio por terminado por mutuo acuerdo entre las partes. El último salario devengado fue de UN MILLON OCIENTA Y CUATRO MIL PESOS M/C (\$ 1.084.000.oo), más auxilio de transporte de CIENTO DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/C (\$102.854.oo).

Se expide esta certificación a petición del interesado, para hacer trámites correspondientes en Comfamiliar de Nariño.

Cordialmente,


ERIKA ALEXANDRA QUINONEZ R.

C.C. No. 27.249.771 de Ipiales

Representante Legal



Crédito\$ y finanza\$
de Nariño
Creemos en Usted



www.comfamiliarnario.com

f Comfamiliar De Nariño

t @ComfaNarino

o @comfamiliarnario

COMFAMILIAR
N·A·R·I·Ñ·O

Una Sola Familia

Nit. 891280008-1

MECANISMO DE PROTECCION AL CESANTE BENEFICIO TRANSITORIO POR ESTADO DE EMERGENCIA POR COVID-19

LISTA DE CHEQUEO

Número de Radicación: C1-0000152	Fecha de Radicación: 03-04-2020
-------------------------------------	------------------------------------

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

1. DATOS DEL CESANTE

Número de identificación del Cesante: escriba completo el número del documento de identificación		Número: 63542874			
Tipo de documento: CC.: Cédula de ciudadanía. CE. Cédula de Extranjería. TI: Tarjeta de identidad.					
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>					
Apellidos y Nombre: Escríbalos según el orden establecido como configuran en el documento de identidad.					
1er. Apellido	PRADA	2o. Apellido	RIOS	1er. Nombre	MONICA 2o. Nombre CAROLINA

20. FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN AL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE DEBIDAMENTE DILIGENCIADO.	SI
21. COPIA SIMPLE DE CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL SOLICITANTE	NO
22. TRAB. DEPENDIENTES/INDEPENDIENTES: CERTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN LABORAL O DECLARACIÓN JURAMENTADA	SI
23. CERTIFICACION DEPENDIENTES/INDEPENDIENTES CONTIENE: FECHA DE INGRESO	SI
24. CERTIFICACION DEPENDIENTES/INDEPENDIENTES CONTIENE: FECHA DE RETIRO	SI
25. CERTIFICACION DEPENDIENTES/INDEPENDIENTES CONTIENE: MOTIVO DE TERMINACION DEL CONTRATO	SI
26. CERTIFICACION DEPENDIENTES/INDEPENDIENTES CONTIENE: ÚLTIMO SALARIO O RECURSOS DEVENGADOS	SI
27. CERTIFICACIÓN APORTES CCF NARIÑO: VERIFICAR 1 AÑO CONTINUO O DISCONTINUO DURANTE ULTIMOS 5 AÑOS	NO
28. DOCUMENTOS SOPORTES DE LAS PERSONAS A CARGO POR LAS QUE SE SOLICITA CUOTA MONETARIA.	NO
29. HIJOS < 18 AÑOS: MATRIMONIALES, ETC. ADJUNTAR REGISTRO CIVIL U OTRO QUE LO VINCULE	SI
30. PADRES > 60 AÑOS: NO PENSIÓN, SALARIO O RENTA, ADJUNTAR REGISTRO CIVIL U OTRO ACREDITE VINCULACION	NO
31. PADRES O HERMANOS: INCAPACIDAD - SI, ADJ. REGISTRO CIVIL U OTRO, CERTIFICACION INCAPACIDAD EPS	NO
32. HERMANOS < 18 AÑOS: HUERFANO DE PADRES, DEPENDEN TRABAJADOR, REGISTRO CIVIL U OTRO QUE VINCULE	NO
33. HA RECIBIDO SUBSIDIO DE PROTECCION AL CESANTE DURANTES LOS TRES ULTIMOS AÑOS	NO

12. Numero de radicado en SISU: I	C1-0000152	13. Fecha de radicación en SISU: I	03-04-2020
-----------------------------------	------------	------------------------------------	------------

Datos de aente

Firma de quien realiza esta Lista de Chequeo

BETZY JULIETH PAZ MAINGUEZ
Nombre de quien realiza esta Lista de Chequeo

Versión 11-04-2020 17:33:23



www.comfamiliarnario.com

f Comfamiliar De Nariño

t @ComfaNarino

o @comfamiliarnario

COMFAMILIAR
N·A·R·I·Ñ·O
Una Sola Familia
Nit. 891280008-1

SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA COORDINACION DE APORTES Y FISCALIZACION

CERTIFICA

Que una vez efectuada la verificación de los días aportados en nuestra base de datos, el(la) señor(a) MONICA CAROLINA PRADA RIOS identificado(a) con CC No.63542874 presenta la siguiente relación de días aportados por periodo realizados a la Caja de Compensación Familiar de Nariño en los últimos cinco años:

PERIODO	DIAS APOTRADOS	VALOR APORTE
201909	22	31.000
201910	30	45.600
201911	30	46.000
201912	27	40.300
202002	30	42.600
202003	8	13.900

Total: 147 Dias(s)

Para constancia se firma en San Juan de Pasto el día 21 de Abril de 2020

LIGIA BRAZO HERNANDEZ
Coordinador de Aportes y Fiscalización

Válido por 30 días, Esta certificación será validada por el personal del área de FOSFEC con el fin de verificar si el usuario cumple o no con lo estipulado en el Decreto 488 del 27 de Marzo de 2020

Versión 21-04-2020 20:19:23



Señor
MONICA CAROLINA PRADA RIOS

Referencia: Respuesta Recurso de Reposición Beneficio Transitorio Decreto Legislativo 488 de 2020.

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO, entidad de derecho privado, sin ánimo de lucro, con personería jurídica otorgada por la Gobernación del Departamento de Nariño, mediante Resolución N°. **619** del **18** de octubre de **1966**, con NIT N° **891.280.008-1**, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo **51** del Decreto **2852** del **2013** “*Por el cual se reglamenta el Servicio Público de Empleo y el régimen de prestaciones del Mecanismo de Protección al Cesante, y se dictan otras disposiciones*”, y con fundamento en la Ley 1636 de 2013, Decreto Legislativo 488 de 2020 y Resolución No. 853 de 2020 del Ministerio del Trabajo y Circular 0005 de 2020 de la Superintendencia de Subsidio Familiar, procede a dar respuesta oportunamente al recurso de reposición por Usted interpuesto, con base en lo siguiente:

CONSIDERACIONES DEL POSTULANTE

PRIMERO. - El postulante presentó recurso de reposición en contra de la decisión de rechazo generada por la Caja de Compensación Familiar de Nariño, manifestando lo siguiente:

“mis labores y registros durante los ultimos 6 años afiliada a cajas de compensacion son 2014-2015 en CAJASAN DE SANTANDER, 2016 no labore y 2017 - 2018 EN LA CAJA DE COMPENSACION CONFENALCO SANTANDER y los ultimos 6 meses en COMFAMILIAR NARIÑO,”

DOCUMENTOS ADJUNTOS

El postulante a efectos de certificar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los Beneficios Económicos y Beneficio Transitorio del Mecanismo de Protección al Cesante en el marco de la Emergencia Sanitaria, y Emergencia Económica, Social y Ecológica adjunta los documentos que a continuación se relacionan:

1. Certificación de terminación de contrato (Punta Diamante)
2. Certificación de terminación de contrato (Gimnasio Campestre Betel)



CONSIDERACIONES

MARCO NORMATIVO

- Ley **1636 de 2013** “Por medio de la cual se crea el mecanismo de protección al cesante en Colombia”.
- Decreto **2852 de 2013** “Por el cual se reglamenta el Servicio Público de Empleo y el régimen de prestaciones del Mecanismo de Protección al Cesante, y se dictan otras disposiciones”.
- El Decreto Legislativo **488 del 27** de marzo de **2020** “Por el cual se dictan medidas de orden laboral, dentro del Estado de Emergencia Económica Social y Ecológica” expedido por el Ministerio de Trabajo, que, en aras de lograr la protección de las condiciones de las personas que durante el estado de emergencia quedaran CESANTES, dispuso en su artículo **6**:

“Artículo 6. Beneficios relacionados con el Mecanismo de Protección al Cesante. Hasta tanto permanezcan los hechos que dieron lugar a la Emergencia Económica, Social y Ecológica, y hasta donde permita la disponibilidad de recursos, los trabajadores o independientes cotizantes categoría A y S, que hayan aportes a una Caja de Compensación Familiar durante un (1) año, continuo o discontinuo, en el transcurso de los últimos cinco (5) años, recibirán, además de los beneficios contemplados en el artículo 11 de la Ley 1636 de 2013, una transferencia económica para cubrir los gastos, de acuerdo con las necesidades y prioridades de consumo de cada beneficiario, por un valor de dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes, divididos en tres (3) mensualidades iguales que se pagarán mientras dure la emergencia y, en todo caso, máximo por tres meses.

Parágrafo. El aspirante a este beneficio deberá diligenciar ante la Caja de Compensación Familiar a la que se encuentre afiliado, la solicitud pertinente para poder aspirar a obtener el beneficio de que trata el presente artículo.”.

- Circular Externa **2020-00005** emitida por la Superintendencia del Subsidio Familiar mediante la cual se imparten “Instrucciones sobre medidas a implementar por parte de los sujetos vigilados para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 6 del Decreto Legislativo 488 del 27 de marzo de 2020”.
- La Resolución **0853 del 30** de marzo de **2020**, “Por la cual se dictan medidas para la operación del artículo 6 del Decreto Ley 488 de 2020, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”, da alcance al contenido del artículo 6 del Decreto Legislativo **488 de 2020**.
- Que la Ley 1636 de 2013, el Decreto 2852 de 2013, el Decreto Legislativo 488 y la Resolución No. 0853 de 2020 del Ministerio del Trabajo, indican los requisitos para acceder al beneficio, y las condiciones para no obtenerlo, como se detallan:

Para obtener el beneficio el cesante debe:



www.comfamiliarnarino.com

f Comfamiliar De Nariño

t @ComfaNarino

s @comfamiliarnarino

Una Sola Familia

Nit. 891280008-1

- 1.- Ser trabajador dependiente o independiente
- 2.- Ser cotizante de categoría A o B
- 3.- Haber realizado aportes a una Caja de Compensación Familiar durante un (1) año continuo o discontinuo, en el transcurso de los últimos cinco (5) años.
- 4.- Debe adjuntar la documentación requerida en el artículo 5 de la Resolución No. 853 de 2020:

“Artículo 5. (...)

1. Certificación sobre la terminación del contrato laboral en caso de trabajadores dependientes o cesación de ingresos en caso de independientes, en los términos de la Ley 1636 de 2013 y el artículo 2.2.6.1.3.1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo 1072 de 2015.
2. Diligenciar de manera electrónica el Formulario Único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante. Para aquellos beneficiarios que no puedan diligenciar el formulario de manera electrónica, lo podrán descargar en la página web de la respectiva Caja de Compensación para diligenciarlo, firmarlo y remitirlo a la Caja de Compensación respectiva, conforme se indica en el numeral 4.2 de la Circular Externa 2020-00005 de la Superintendencia de Subsidio Familiar...”

Con relación a lo anterior, es preciso indicar que, para trabajadores dependientes, la certificación sobre la terminación del contrato laboral, conforme lo dispone la Ley, debe incluir: fecha de ingreso, fecha de terminación del contrato, salario devengado y causal de terminación del contrato, sin embargo, cuando el cesante no obtenga la certificación de terminación del contrato laboral, bastará con adjuntar declaración juramentada de encontrarse cesante, debidamente firmada.

Para trabajadores independientes contratistas o para los demás trabajadores independientes será válido cualquiera de los siguientes documentos:

- a) Constancia sobre terminación del contrato que emita el contratante.
- b) Acta de terminación o liquidación del contrato.
- c) Declaración Juramentada de encontrarse cesante, debidamente firmada.

No accederán al beneficio:

- 1.- Quienes perciban una pensión de vejez, invalidez o sobrevivientes.
- 2.- No accederán al beneficio económico transitorio las personas que estén recibiendo por parte de la Caja de Compensación Familiar los beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante, quienes continuarán recibiendo únicamente prestaciones previstas en la Ley 1636 de 2013.



3.- No podrán recibir beneficios quienes mantengan una relación laboral vigente, esto es, que el contrato de trabajo se encuentre suspendido, en licencia no remunerada, en periodo de vacaciones, con incapacidad, entre otras.

4.- No accederán al beneficio quienes hayan percibido beneficios del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante, durante los últimos tres (3) años a la fecha de su postulación.

CASO CONCRETO

Teniendo en cuenta lo anterior, y al revisar el (los) documento(s) adjunto(s) y considerar los argumentos de su recurso, se observa que Usted **ACLARA**, en su favor, el motivo por el cual se generó el rechazo de su postulación.

En consecuencia, se **ACEPTA** su postulación conservando el turno de radicación inicial, toda vez que dio claridad a la inconsistencia presentada en los documentos que adjuntó en un principio con el formulario, sin que eso signifique, el haber anexado con el recurso documentos nuevos que cambien el turno de su radicado.

Es con ello que, es de recibo sus argumentos y documentos adjuntos con el recurso y se indica:

SENTIDO DE LA DECISIÓN

Por lo anteriormente expuesto y en consideración de las disposiciones normativas aplicables, luego del análisis del recurso de reposición por Usted interpuesto y de la revisión de la documentación adjunta, se observa que **ACLARA** en su favor, el motivo por el cual se generó el rechazo de su postulación, con base en lo cual se **REVOCA** la decisión y se resuelve:

PRIMERO: ACEPTAR su postulación, por consiguiente se comunica, que **COMFAMILIAR DE NARIÑO** efectuará el pago de los recursos siempre que **exista la disponibilidad de los mismos**, según el **turno que le corresponda**, indicando que **conservará el turno de su postulación INICIAL**, toda vez que **ACLARÓ** en su favor, el motivo por el cual se generó el rechazo, lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6 del Decreto Legislativo No. 488 del que indica que el Beneficio Económico Transitorio se otorga: (...) **“hasta donde permita la disponibilidad de recursos”**(...), y teniendo en cuenta el elevado número de postulaciones radicadas hasta la fecha y que la disponibilidad de recursos **son finitos o limitados** se asignarán atendiendo el orden de postulación, la disponibilidad de los mismos y el cumplimiento de los requisitos.

SEGUNDO: Una vez exista la disponibilidad de recursos se le informará de manera oportuna el proceso para realizar el pago correspondiente.



www.comfamiliarnarino.com

f Comfamiliar De Nariño

t @ComfaNarino

s @comfamiliarnarino

Una Sola Familia

Nit. 891280008-1

Atentamente,

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO
NIT N° 891.280.008-1

**SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
COORDINACION DE APORTES Y FISCALIZACION**

CERTIFICA

Que una vez efectuada la verificación en nuestra base de datos, el(la) señor(a) MONICA CAROLINA PRADA RIOS identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No.63542874 ,quien a la fecha se encuentra en estado INACTIVO(A) presenta la siguiente trayectoria de aportes realizados a la Caja de Compensación Familiar de Nariño en los últimos cinco años:

NIT	RAZON SOCIAL	PLANILLA	PERIODO	DIAS_AP	APORTE
891200645-1	TRANSPORTADORES DE IPIALES SA	16591726	201909	22	31.000
891200645-1	TRANSPORTADORES DE IPIALES SA	16758329	201910	30	45.600
891200645-1	TRANSPORTADORES DE IPIALES SA	16933324	201911	30	46.000
891200645-1	TRANSPORTADORES DE IPIALES SA	17090604	201912	27	40.300
891200645-1	TRANSPORTADORES DE IPIALES S A	9402566946	202001	30	50.200
891200645-1	TRANSPORTADORES DE IPIALES S A	9403726332	202002	30	42.600
891200645-1	TRANSPORTADORES DE IPIALES S A	9404725113	202003	8	13.900

Total:

7 Periodo(s) 177 Dia(s)

Teniendo en cuenta el artículo 6 del decreto legislativo 488 del 27 de marzo de 2020, el postulante NO CUMPLE con el número de aportes realizados a la Caja de Compensación Familiar de Nariño.

Para constancia se firma en San Juan de Pasto el día 24 de Mayo de 2020



LIGIA ERRAZCO HERNANDEZ
Coordinador de Aportes y Fiscalización

Válido por 30 días, Esta certificación será validada por el personal del área de FOSFEC con el fin de verificar si el usuario cumple o no con lo estipulado en el Decreto 488 del 27 de Marzo de 2020