

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

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**

Identificación del Cesante		C.C.	T.I.	Número	1er. Apellido	2o. Apellido	1er. Nombre	2o. Nombre
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="checkbox"/>		Asalariado <input type="checkbox"/>		
Ciudad:		Departamento:		Entre 3 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>		
Correo electrónico:		¿Ha recibido subsidio al desempleo?		¿Cual fue la última Caja a la cual estuvo afiliado?		¿Esta inscrito en el Servicio Público de Empleo?		
Si <input type="checkbox"/> Hace cuántos meses? No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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?				
¿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"/> Continue 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 A: Adición R: Retiro	Fecha Nacimiento			Sexo		Parentesco				Documento de Identidad (Identifique el Tipo: C.C, C.E, T.I, R.C.)		Estud a.S: SI N: No	N: Ning P: Prim S: Sec T: Téc. Sp: Sup
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre		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:**

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 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	Fecha y Hora:	Nombre del Postulante:
	Nombre		
	Firma:	Cantidad de Folios Anexos	Nro. de Radicación
		Originales: Copias:	