



1. DATOS DEL CESANTE

Número de Identificación del Cesante: escriba completo el número del documento de identificación				Número:	
Tipo de documento: CC.: Cédula de ciudadanía. CE.: Cédula de Extranjería. TI.: Tarjeta de identidad.				C.C.	C.E.
Apellidos y Nombre: Escribalo según el orden establecido como figuran en el documento de identidad.					
1er. Apellido.		2o. Apellido.		1er. Nombre.	
				2o. Nombre.	
Dirección de residencia, teléfono, barrio, celular, ciudad, departamento:				¿Cuál fue su último salario devengado?	
Dirección				Entre 1 y 2 SMMLV ☐ Entre 3 y 4 SMMLV ☐	
Residencia:				Entre 2 y 3 SMMLV ☐ Más de 4 SMMLV ☐	
Barrio:					
Teléfono:		Ciudad:		Departamento:	
¿Tipo de vinculación a su última caja de compensación familiar?				¿Recibía cuota monetaria del subsidio familiar por las personas a cargo?	
Identifique si su vinculación a la última caja de compensación familiar era como asalariado o como independiente.				¿Por cuántas personas?:	
Asalariado: ☐ Independiente: ☐				Indique si recibía subsidio monetario por parte de las Cajas de Compensación Familiar, de ser así, señale por cuántas personas a cargo recibía dicho subsidio. SI ☐ Por cuántas personas? NO ☐	
A que E.P.S. está afiliado actualmente:		Correo Electrónico:		Última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado:	
Pertenencia Étnica					
Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ Comunidad negra ☐ Palenquero ☐ Room/gitano ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ No se auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐ No disponible ☐					
Poblaciones					
Victimas del conflicto armado ☐ En condición de desplazamiento ☐ En condición de discapacidad física ☐ Víctimas del conflicto armado en condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física ☐ Víctimas del conflicto armado y en condición de desplazamiento ☐					
Victimas del conflicto armado y en condición de discapacidad física ☐ En condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física ☐					
¿Está inscrito en el Servicio Público de Empleo?:		¿Ha recibido subsidio al desempleo?:		A qué Administradora de Pensiones está afiliado actualmente:	
Indique si se encuentra inscrito en el Servicio Público de Empleo, a través de una agencia de empleo para el Mecanismo de Protección al Cesante, a través de una agencia de empleo para el Mecanismo de Protección al Cesante, a través de otro operador.		Señale si ha recibido subsidio al desempleo por parte de alguna Caja de Compensación Familiar. En el apartado hace cuánto, señale hace cuantos meses recibió la última mensualidad.		Señale a qué administradora de Pensiones se encuentra afiliado; tenga en cuenta que es a esta entidad a la cual se realizará el pago del aporte a pensiones, si resulta beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante.	
SI ☐ NO ☐		SI ☐ Hace cuantos meses? NO ☐			
¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de cesantías?:		¿Ha cambiado el número de personas a cargo, con respecto a su condición de trabajador?:		A qué Fondo de Cesantías está afiliado actualmente:	
(Esta casilla solo podrá ser diligenciada, cuando esté operando en los fondos de cesantías, el ahorro para el Mecanismo de Protección al Cesante) indique si ha ahorrado en su fondo de cesantías para el Mecanismo de Protección al Cesante, a afiliado.		Indique el número de personas a cargo, desde la época en que era trabajador. Ej. nació un nuevo hijo (a) en su condición de cesante o su hijo(a) cumplió 19 años de edad.		Señale a qué Fondo de Cesantías se encuentra afiliado.	
SI ☐ NO ☐		SI ☐ Diligencie el numeral 2 NO ☐ Continúe en el numeral 3			

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.)	Estudia.	N: Ning
	A: Adición R: Retiro	Año Mes Día	F M	Hijo Padre Hno Otro	Tipo Numero	S: Si N: No	P: Prim S: Sec T: Téc SP: Sup

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 GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: Leí detalladamente las declaraciones y firme en señal de aceptación que toda información aquí suministrada es VERIDICA. Cumpro con las condiciones para ser beneficiario (a) del mecanismo de protección al cesante y no estoy incurso en las inhabilidades para solicitarlo. Autorizo se me verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de inexactitud, se aplique las sanciones contempladas en la ley.

Manifiesto que estoy en condición de desempleado, carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingresos económicos alguno, me encuentro en disponibilidad para trabajar en forma inmediata, he realizado 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 otros ingresos económicos alguno.

Al postularme como asalariado y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro que no me fue entregada por parte de mi empleador.

Al postularme al mecanismo de protección al cesante, declaro bajo juramento que no soy pensionado y que me encuentro desempleado.

Atendiendo todo lo indicado en la ley 1581 de 2012 y del artículo 5 del decreto 1377 de 2013, autorizo de manera expresa para mantener y manejar toda 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.

En caso de recibir pagos adicionales por cobros indebidos, autorizo a descontar de cualquier dinero girado a mi favor de parte de Comfenalco Cartagena, hasta cubrir el monto total del valor recibido sin derecho.

TRATAMIENTO DE DATOS: Autorizo libre y voluntariamente a COMFENALCO CARTAGENA, como responsable del tratamiento de los datos, para la recolección, almacenamiento, uso, transmisión y/o transferencia de los datos personales suministrados en este formulario, con la finalidad de: (i) Beneficiarios y uso de servicios de la caja de compensación, tales como, pero sin limitarse a: recreación, turismo, deportes, cultura, fomento al empleo, subsidio vivienda*, educación no formal y otros que les aplique. (ii) Realizar actividades de mercadeo, ventas y promocionales, telemarketing (mercadeo telefónico), servicio al cliente, actividades de activación de marca, premios y promociones, directamente o a través de terceros derivados de alianzas comerciales o de cualquier vínculo. (iii) Diligenciamiento de encuestas. (iv) Reporte a centrales de riesgo. (v) Transmitir o transferir la información a un tercero para que ejerza actividades que contribuyan al desarrollo de la operación diaria de la compañía, tales como, pero sin limitarse a: servicios de cobranza, realización de convenios, etc. (vi) Emisión de certificados. (vii) Realizar todas las gestiones de orden tributario, contable, fiscal y de facturación.

Como Titular de los datos tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir y revocar la autorización, los cuales puedo ejercer a través del correo electrónico: protecciondatos@comfenalco.com, línea de atención telefónica: (605) 6938000 o en los Centros Integrales de Servicios al Cliente (CIS) que podrán ser consultados en la Política de tratamiento de datos personales (<https://www.comfenalco.com/>).

☐ Acepto el tratamiento de datos personales

Firma del cesante