

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.		T.I.			
Apellidos y Nombre: Escríbalo 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 Residencia:						Entre 1 y 2 SMMLV <input type="checkbox"/>		Entre 3 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/>			
Barrio:						Entre 2 y 3 SMMLV <input type="checkbox"/>		Más de 4 SMMLV <input type="checkbox"/>			
Teléfono:		Ciudad:		Departamento:							
¿Tipo de vinculación a su última caja de compensación familiar? Identifique si su vinculación a la última caja de compensación familiar era como asalariado o como independiente.						¿Recibía cuota monetaria del subsidio familiar por las personas a cargo? ¿Por cuántas personas?: 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 <input type="checkbox"/> Por cuántas personas? ____ NO <input type="checkbox"/>					
Asalariado: <input type="checkbox"/>		Independiente: <input type="checkbox"/>									
A que E.P.S. está afiliado actualmente:			Correo Electrónico:			Última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado:					
Pertenencia Étnica Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Comunidad negra <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Room/gitano <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> No se auto reconoce en ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> No disponible <input type="checkbox"/>											
Poblaciones Victimas del conflicto armado <input type="checkbox"/> En condición de desplazamiento <input type="checkbox"/> En condición de discapacidad física <input type="checkbox"/> Víctimas del conflicto armado en condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física <input type="checkbox"/> Víctimas del conflicto armado y en condición de desplazamiento <input type="checkbox"/> Victimas del conflicto armado y en condición de discapacidad física <input type="checkbox"/> En condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física <input type="checkbox"/>											
¿Está inscrito en el Servicio Público de Empleo?: Indique si se encuentra inscrito en el Servicio Público de Empleo, a través de una agencia de Empleo de una Caja de Compensación Familiar u otro operador.			¿Ha recibido subsidio al desempleo?: 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.			A qué Administradora de Pensiones está afiliado actualmente: 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.			A qué Fondo de Cesantías está afiliado actualmente: señale a qué Fondo de Cesantías se encuentra afiliado.		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> Hace cuantos meses? ____ NO <input type="checkbox"/>								
¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de cesantías?: (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, afiliado.						¿Ha cambiado el número de personas a cargo, con respecto a su condición de trabajador?: marque con una X si ha cambiado 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.					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						SI <input type="checkbox"/> Diligencie el numeral 2 NO <input type="checkbox"/> Continue en el numeral 3					

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.)		Estudia: S: Si N: No	N: Ning P: Prim S: Sec T: Técn SP: Sup	
		Año	Mes	Día	F	M	Hijo	Padre	Hno	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 GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: Leí detalladamente las declaraciones y firme en señal de aceptación que toda información aquí suministrada es VERIDICA. Cumpló 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