FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN SUBSIDIO DE DESEMPLEO

IMPORTANTE: Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones generales y la información anexa

comfacor

Número de Radicación	Fecha de Radicación	Año	Mes	Día

1. DATOS DEL JEFE CABEZA DE HOGAR

No. Identificación del Jefe Cabeza de Hogar C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ | 1er. Apellido (paterno) | 2o. Apellido (materno o de casada) | Nombres

Fecha de nacimiento Año Mes Día | **Sexo** Masc. ☐ Femen. ☐

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Unión Libre ☐

Es Usted: Desplazado ☐ Discapacitado ☐ Reinsertado ☐ Ninguno de los anteriores ☐

Máximo Grado de Escolaridad alcanzado: Ninguna ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Primaria ☐ Profesional ☐ Otro ☐

Dirección Residencia | Tipo de Vivienda: Propia ☐ Alquilada ☐ | **Ciudad** | **Departamento**

Teléfono 1 | **Teléfono 2** | **Celular** | **E-mail**

Ha estado afiliado a alguna de estas entidades?:

E.P.S. Si ☐ No ☐ Cual?_____ **A.R.P.** Si ☐ No ☐ Cual?_____ **Fondo Pensiones** Si ☐ No ☐ Cual? _____ **Fondo Cesantías** Si ☐ No ☐ Cual?_____

2. HISTORIA LABORAL JEFE CABEZA DE HOGAR

En los últimos tres años ha estado afiliado un año a una Caja de Compensación Familiar?: SI ☐ NO ☐ (Si su respuesta es NO pase al punto tres)

Cuál fue su último salario $ _____

Relacione las empresas en las cuales ha laborado los últimos 3 años, contados a partir de la fecha de presentación de éste formulario

Caja de Compensación	Nombre de la Empresa	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Teléfono	Cargo

Si diligenció el numeral 2 continúe con el numeral 4

3. DESEMPLEADOS SIN VINCULACIÓN A CAJAS DE COMPENSACIÓN

Es usted

Artista ☐
Deportista ☐
Escritor ☐
N/ Anteriores ☐

Si usted es Artista, Deportista o Escritor escriba el nombre de la asociación donde está afiliado: Teléfono

_____ _____
_____ _____
_____ _____

4. INFORMACIÓN SOBRE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN

De acuerdo con su interés y en el campo que usted desee desempeñarse, cuales opciones de capacitación le gustaría?:

A) _____ B) _____ C) _____ D) _____

5. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Datos del Cónyuge o Compañero (a)

C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ No. | 1er. Apellido (paterno) | 2do Apellido (materno o de casada) | Nombres | Fecha de nacimiento Año Mes Día

Hogar

Cuántos hijos tiene menores de 18 años: | Cuántas personas a cargo tiene:

Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente del Jefe Cabeza de Hogar			Fecha Nacimiento			Sexo		Desplazado	Discapacitado	Reinsertado	Ninguna de las anteriores	Parentesco					Documento de Identidad (Identifique el Tipo: C.C., C.E., T.I., R.C.)		Estudia S:Si N:No	N: Ninguna P: Prim S: Secun T: Tec Sp: Superior O: Otro
1er. Apellido	**2do. Apellido**	**Nombres**	Año	Mes	Día	M	F					Hijo	Padre	Hermano	Compañero (a)	Otro	Tipo	Número		

6. ESTÁ INSCRITO EN CURSOS DE CAPACITACIÓN DEL SENA

Si ☐ No ☐ Cuál _____

7. IDENTIFIQUE EL TIPO DE BONO QUE DESEA RECIBIR (Marque con una X)

Aportes al sistema de salud (E.P.S.) Escriba la E.P.S. en la cual desea afiliarse ☐	Bono Alimentación ☐	Educación Nombre de la entidad educativa ☐

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR VIGILADO

9. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Cumplo con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio al desempleo y no estoy incurso en las imposibilidades para solicitarlo. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley. Manifiesto que soy cabeza de hogar, 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 y no soy beneficiario del régimen de subsidios a que se refiere el artículo 8o. de la Ley 789 de 2.002

_____ Firma del desempleado

_____ Ciudad y fecha de elaboración

Nota: El diligenciamiento de este formulario no obliga a la Caja de Compensación a otorgar el Subsidio de Desempleo

---

Recepción Formulario Único de Postulación Subsidio de Desempleo

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

comfacor

INSTRUCCIONES GENERALES

Diligencie el formulario a máquina o letra imprenta legible y clara, sin tachones y en tinta negra.

Parte 1. - DATOS DEL JEFE CABEZA DE HOGAR:

Deberá llenar los espacios correspondientes a:

Número de identificación: Escriba completo el número del documento de identificación.

Tipo de Documento: Coloque si es: CC: Cédula de Ciudadanía. CE: Cédula de Extranjería. TI: Tarjeta de Identidad.

Apellidos y Nombres: Escriba según el orden establecido como figuran el documento de identidad.

Fecha de Nacimiento: Escriba en números arábigos el año (AAAA), Mes (MM), y (DD) de nacimiento.

Sexo: Marque con una equis (x) al frente de la casilla correspondiente: M=Masculino, F=Femenino.

Estado Civil: Marque con una equis (x) al frente de la casilla correspondiente: Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Separado (a) Unión Libre.

Dirección de la residencia: Escriba la dirección, número de teléfono.

Ha estado afiliado a alguna de estas Entidades: Marque con una equis (x) al frente de la casilla correspondiente: EPS, ARP, Fondo de Pensiones, Fondo de Cesantías, si esta en alguna de ellas identifíquelas.

Se aclara que los postulantes que sin encontrarse vinculados a una EPS, pero por hallarse en el período de la protección laboral de que trata el artículo 75 del Decreto 806 de 1998, permanezcan en un sistema de información, podrán recibir el subsidio de desempleo.

Parte 2. - HISTORIA LABORAL DEL JEFE CABEZA DE HOGAR

En los últimos 3 años ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar.

Marque con una equis (x) en la casilla correspondiente: SI NO

Último salario devengado: Escriba claramente el último salario que usted recibió.

Relacione las empresas en las cuales ha laborado durante los últimos 3 años:

Escriba claramente los siguientes datos: Caja de Compensación, Nombre de la empresa, Fecha de ingreso y retiro, Teléfono último cargo desempeñado.

Parte 3. - PARA LAS PERSONAS SIN VINCULACIÓN ANTERIOR A LAS CAJAS ÚNICAMENTE

Marque con una equis (x) la casilla correspondiente y escriba claramente si es Artista, Deportista o Escritor, el nombre de la asociación y su teléfono.

Parte 4. - INFORMACIÓN SOBRE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN:

Escriba claramente el nombre del curso que más le gusta.

Parte 5. - INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Datos del(a) cónyuge: Número de identificación: Escriba completo el número del documento de identificación.

Tipo de documento: Coloque si es: CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de Extranjería TI: Tarjeta de Identidad.

Apellidos y Nombres: Escríbalos según el orden establecido como figuran en el documento de identidad.

Fecha de Nacimiento: Escriba en números arábigos el Año (AAAA), Mes (MM) y Día (DD) de nacimiento.

Identificación de personas a cargo del jefe Cabeza de Hogar:

Cuantos hijos tienen menores de 18 años: Escriba el número total de hijos en ese rango.

Cuántas personas a cargo tienen: Escriba el número total de personas a cargo que tiene

Apellidos y Nombres: Escriba los apellidos y nombres completos del beneficiario según el orden establecido y conforme figuran en el documento de identidad.

Fecha de Nacimiento: Escriba en números arábigos el año (AAAA), Mes (MM), y (DD) de nacimiento.

Sexo: Marque con una equis (x) al frente de la casilla correspondiente: M=Masculino, F=Femenino.

Marque con una equis (x) en la casilla correspondiente: Identifique si el beneficiario es discapacitado:

Especifique el parentesco: Hijo, Padre, Hermano.

Tipo de documento: Coloque el número si es: CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, RC: Registro CMI

Identifique si las personas a cargo estudian: S:sí y N:no

Escriba el grado de escolaridad: P: Primaria; S: Secundaria; T: Técnico; Sp: Superior.

Parte 6. - ESTA INSCRITO EN CURSOS DE CAPACITACIÓN DEL SENA:

Marque con una equis en la casilla correspondiente y escriba el nombre del curso.

Parte 7. - IDENTIFIQUE EL TIPO DE BONO QUE DESEA RECIBIR

Bono Aportes sistemas de salud (E.P.S.): Escriba la E.P.S. a la cual desea afiliarse.

Bono Alimenticio.

Bono Educación: Escriba el nombre de la institución educativa, a la cual se deba girar el pago.

Parte 8. - DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO.

Lea detalladamente las declaraciones y firme en señal de aceptación, escriba ciudad, fecha y hora en que se diligencie este formulario.

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA LOS POSTULANTES AL SUBSIDIO AL DESEMPLEO

A. SUBSIDIO AL DESEMPLEO: El subsidio al desempleo es un apoyo otorgado por las Cajas de Compensación Familiar por una sola vez a las personas que hayan perdido su empleo, equivalente a 1.5 salarios mínimos, pagaderos en 6 cuotas mensuales iguales, representado en bonos alimenticios, salud o educación.

B. DESEMPLEADOS CON VINCULACIÓN ANTERIOR A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR.

1. REQUISITOS

-Tener la condición de desempleado

-Ser jefe cabeza de hogar

-Carecer de un ingreso económico

-Haber estado como trabajador afiliado a una Caja de Compensación Familiar por lo menos un año durante los tres últimos años.

-Encontrarse disponible para trabajar en forma inmediata.

-Participar en los programas de inserción laboral en la respectiva Caja.

-Los interesados que sin encontrarse vinculado a una E.P.S. pero por hallarse en el período de protección laboral y que permanezcan, en su sistema de información podrán recibir el subsidio de desempleo.

C. DESEMPLEADOS SIN VINCULACIÓN ANTERIOR A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN

1. REQUISITOS:

-Tener la condición de desempleado

-Ser jefe cabeza de hogar

-Carecer de un ingreso económico

-Estar disponible para trabajar en forma inmediata.

-No ser beneficiario del régimen de subsidios a que se refiere el artículo 8 de la Ley 789 de 2002.

-Los interesados que sin encontrarse vinculado a una E.P.S. pero por hallarse en el período de protección laboral y que permanezcan, en su sistema de información, podrán recibir el subsidio de desempleo.

2 DOCUMENTO QUE DEBE ANEXAR:

Certificado de vinculación a asociación de deportistas, escritores o artistas, en caso de serlo. Si el desempleado desarrolla algunas de estas actividades pero no pertenece a alguna asociación, deberá acreditar esta condición mediante declaración ante dos testigos.

D. CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL BENEFICIO:

a) Obtención de un nuevo empleo.

b) Cuando sea reincorporado a su antiguo empleo.

c) Rechazo del beneficiario de una oferta de colocación acorde con su formación académica.

d) Cuando es llamado a prestar el servicio militar.

e) Cuando reciba remuneración alguna por trabajo.

f) Condena penal con pena privativa de la libertad.

g) Cumplimiento de los seis meses de recibir el subsidio.

h) Cuando haya presentado documentos falsos para acreditar el derecho.

j) Muerte del beneficiario del subsidio.

E. LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS DE TRABAJADORES NO PUEDEN ACCEDER A LOS BENEFICIOS DEL FONDO.

Quienes ostenten la calidad de servidores públicos de elección popular como de período fijo.

Quienes cumplan los requisitos para la pensión de jubilación por invalidez, vejez y sobrevivencia.

Quienes hayan sido despedidos como consecuencia de conductas delictivas o contravencionales.

Ser beneficiarios del régimen de subsidios a que se refiere el artículo 8 de la Ley 789 de 2002.

Haber utilizado este beneficio en fecha anterior, conforme lo previsto en el artículo 10 de la Ley 789 de 2002.

(1)*. JEFE CABEZA DE HOGAR DESEMPLEADO: La persona que demuestre haber sido afiliada anteriormente (como cotizante y no como beneficiario) a una EPS o a una Caja de Compensación, con personas a cargo y que en momento de recibir el subsidio no sea afiliado como empleado ni a una EPS ni a una Caja de Compensación, ni como cotizante ni como beneficiario.

(2)*. ART. 8 LEY 789/02. Subsidio al desempleado administrado por el Ministerio de la Protección Social.

(3)*. Tendrán prioridad al subsidio para desempleados los artistas, deportistas o escritores que acrediten estar afiliados a una asociación correspondiente aprueben su condición mediante declaraciones de 2 testigos.

La presentación del formulario debe hacerla personalmente el interesado.

DOCUMENTOS ANEXOS AL FORMULARIO DE POSTULACIÓN

1. FOTOCOPIA CLARA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA
2. CERTIFICACIÓN EPS COMO COTIZANTE
3. CERTIFICADO DEL TERMINO DE AFILIACIÓN A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CUANDO EL POSTULANTE ESTUVO AFILIADO A OTRA CAJA DIFERENTE A COMFACOR.
4. CARTA DE TERMINACIÓN LABORAL CON FECHA DE INICIO Y FINALIZACIÓN
5. CERTIFICADO DE VINCULACIÓN A ASOCIACIÓN DE DEPORTISTAS, ESCRITORES O ARTISTAS QUE LOS ACREDITE COMO AFILIADOS EN CASO DE POSTULARSE SIN VINCULACIÓN O CON VINCULACIÓN
6. SI ESCOGE LA OPCIÓN DE SUBSIDIO EN EDUCACIÓN FAVOR ADJUNTAR CERTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A LA QUE SE LE DEBE CANCELAR EL BONO CON NÚMERO DE CUENTA, BANCO Y VALOR