



# Caja de Compensación Familiar del Putumayo

## COMFAMILIAR

### FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN SUBSIDIO AL DESEMPLEO

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

No. DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	AÑO	MES	DÍA
-------------------	---------------------	-----	-----	-----

#### 1. DATOS DEL JEFE CABEZA DE HOGAR

No. Identificación del Jefe Cabeza de Hogar		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I.	1er. Apellido (paterno)	2do. Apellido (materno o de casada)	Nombres	
Fecha de nacimiento Año Mes Día	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>	Máximo Grado de Escolaridad Alcanzado		Ninguna <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	
Es usted:		Desplazado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Reinsertado <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Dirección Residencial		Teléfono:	Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>	Ciudad	Departamento:	
Ha estado afiliado a alguna de estas entidades?						
EPS Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual? _____		A.R.P. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual? _____		FONDOS PENSIONES Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual? _____		FONDO CESANTÍAS Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 este formulario.

Caja de Compensación	Nombre de la Empresa	Fecha de 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  Si usted es Artista, Deportista o Escritor escriba el nombre de la de la asociación donde este afiliado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Deportista  \_\_\_\_\_

Escritor  \_\_\_\_\_

N/ Anteriores  \_\_\_\_\_

#### 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 Conyugue o Compañero(a)		C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		1er. Apellido (paterno)	2do. Apellido (materno o de casada)	Nombres	Fecha de nacimiento	A	M	D									
Hogar:		Cuantos hijos tiene menores de 18 años		Cuantas personas a cargo tiene															
Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente del jefe cabeza de hogar				Fecha de nacimiento	Sexo	Desplazado	Discapacitado	Reinsertado	Ninguno de los anteriores	Parentesco	Documento de Identidad (Identifique el tipo: C.C. C.E. T.I. R.C.)	Estudiante S/ N/ No	N/ Ninguna P-Prim. S-Sec. T-Tec. Sp-Superior O-Otro						
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres		Año	Mes	Día	M	F		Hijo	Padre	Hermano	Compañero(a)	Otro	Tipo	Numero			

#### 6. ESTA INSCRITO EN CURSOS DE CAPACITACIÓN DEL SENA

Si  No  Cual \_\_\_\_\_

#### 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 <input type="checkbox"/>	Bono Alimentación <input type="checkbox"/>	Educación Nombre de la entidad educativa <input type="checkbox"/>
---	--	--

#### 9. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE

Toda la información aquí suministrada es VERDICA cumpla 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 80 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