



# FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN SUBSIDIO AL DESEMPLEO

LEY 789 DE 2002, DECRETO 827 DE 2003, DECRETO 2340 DE 2003, DECRETO 586 DE 2004

Hora		Número de Radicación		Fecha de Radicación	Año	Mes	Día
<b>IMPORTANTE: Antes de diligenciar este formato lea cuidadosamente las instrucciones generales y la información anexa.</b>							
<b>1. DATOS DEL JEFE CABEZA DE HOGAR</b>							
Nº. Identificación del Jefe Cabeza de Hogar		C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	1er. Apellido (Paterno)	2.do. Apellido (Materno o de casada)	Nombres
Fecha de nacimiento		Sexo		Estado Civil			
Año	Mes	Día	Masc <input type="checkbox"/>	Femen <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
				Separado <input type="checkbox"/>			
				Unión Libre <input type="checkbox"/>			
Dirección Residencia			Teléfono		Ciudad		Departamento
A estado afiliado a alguna de estas entidades?							
E.P.S. Si <input type="checkbox"/>		A.R.P. Si <input type="checkbox"/>		Fondo Pensiones Si <input type="checkbox"/>		Fondo Cesantías Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/> Cual? _____		No <input type="checkbox"/> Cual? _____		No <input type="checkbox"/> Cual? _____		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, contando 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 siga con el numeral 4

## 3. DESEMPLEADOS SIN VINCULACIÓN A CAJAS DE COMPENSACIÓN

Es usted

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

Artista <input type="checkbox"/>	_____	Teléfono _____
Deportista <input type="checkbox"/>	_____	_____
Escritor <input type="checkbox"/>	_____	_____
N/Anteriores <input type="checkbox"/>	_____	_____

## 4. INFORMACIÓN SOBRE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN

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

A) \_\_\_\_\_ B) \_\_\_\_\_ C) \_\_\_\_\_ D) \_\_\_\_\_

## 5. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

<b>Datos del cónyuge o compañero (a)</b>		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	Año	Mes	Día			
Datos de las personas a cargo del Jefe Cabeza de Hogar															
Cuantos hijos tiene menores de 18 años: _____															
Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente del Jefe Cabeza de Hogar			Fecha de Nacimiento			Sexo		Discapacitado	Parentesco			Documento de Identidad (Identifique Tipo: C.C., C.E. T.I., R.C.)		Estudia S:Si N:No	P:Prim S:Sec T:Tec. Sp:Sup.
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	Año	Mes	Día	M	F		Hijo	Padre	Hermano	Tipo	Número		

## 6. ESTÁ INSCRITO EN CURSO 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 <input type="checkbox"/>	Bono Alimentación <input type="checkbox"/>	Educación Nombre de la entidad educativa <input type="checkbox"/>
---	--	--

## 8. DECLARO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Toda la información suministrada es VERÍDICA. Cumpló con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio al desempleo y no estoy incurso en posibilidades 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 2002

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 \_\_\_\_\_

Nº de Radicación Recibido por