

FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN SUBSIDIO AL DESEMPLEO



Número de Radicación	Fecha de Radicación	Año	Mes	Día
----------------------	---------------------	-----	-----	-----

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

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

No. Identificación del Jefe Cabeza de Hogar		C.C. <input type="text"/>	C.E. <input type="text"/>	T.I. <input type="text"/>	1er. Apellido (paterno)	2o. Apellido (materno o de casada)	Nombres
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil			Máximo Grado de Escolaridad alcanzado:		
Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>	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"/>	Ninguna <input type="checkbox"/> Bachillerato <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"/>		
Dirección Residencia		Telefono	Tipo de Vivienda:		Ciudad	Departamento	
Ha estado afiliado a alguna de estas entidades?:		Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>					
E.P.S. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual? _____	A.R.P. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual? _____	Fondo 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 fué 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**

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

Artista <input type="checkbox"/>	Deportista <input type="checkbox"/>	Escritor <input type="checkbox"/>	N / Anteriores <input type="checkbox"/>	Nombre de la asociación	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. <input type="text"/>	C.E. <input type="text"/>	T.I. <input type="text"/>	1er. Apellido (paterno)	2do. Apellido (materno o de casada)	Nombres	Fecha de nacimiento	Año <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/>						
Datos de las personas a cargo del Jefe Cabeza de 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		Parentesco		Documento de Identidad (Identifique el Tipo: C.C, C.E, T.I, R.C.)							
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres		A	M	D	M	F	Hijo	Padre	Hermano	Compañero (a)	Otro	Tipo	Numero	Estudia. S:si N:No	N: Ninguna P:Prim S:Secun T:Tec. Sp:Superior O : Otro
				o	e	i											

**6. ESTÁ INSCRITO EN CURSOS DE CAPACITACIÓN DEL SENA**

Si  No  Cuál \_\_\_\_\_

**7. IDENTIFIQUE EL TIPO DE BONO QUE DESEA RECIBIR**

Aportes al sistema de salud (E.P.S.) Escriba la E.P.S. en la cual desea afiliarse <input type="text"/>	Bono Alimentación <input type="checkbox"/>	Educación Nombre de la entidad educativa <input type="text"/>
---	--	--

**8. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:**

Toda la Información aquí suministrada es VERDICA. Cumpló 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

F-12-010 / Versión 0 / 09/04/07

Recepción Formulario único de Postulación Subsidio de Desempleo



Recibido por Nombre	Fecha y Hora:
Firma:	Cantidad de Folios Anexos Originales: _____ Copias _____

Nombre del Postulante:
Nro de Radicación

CONTIENE

CONTIENE