



D GROUPE S.A.S

NIT. 900408922

CR 36 B No. 11 - 12, HOTEL PARK 10

Medellin  
Teléfono: +57 (4) 3106068 Ext 117 Fax: Email: cartera@dgroupe.com.co

Fecha de Corte: 2019/10/31

Hora de Impresión: 09:24 a.m.

COMPRAS RESPONSABLES DE IVA No: 05-0000000270  
Fecha : 2019/10/30  
Unidad de Negocio: 0101

Proveedor : 860000018  
Nombre : AVIATUR SA  
Tasa de cambio: 0.0000  
Por concepto: COMISIONES ALOJAMIENTO OCTUBRE

Cuenta	Aux/cco/Tar/CLT/prov	Descripción	Debito	Credito
23352001	860000018	FA 104-282293 2019/11/29	0.00	34,510.00
24081006	860000018	IMP. 19.00% Base. 29,000.00	5,510.00	0.00
52950501	860000018	COMISIONES ALOJAMIENTO OCTUBRE	29,000.00	0.00
<b>Totales</b>			<b>34,510.00</b>	<b>34,510.00</b>

Elaboró: MCASLANDA

Revisó:

Aprobó:





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

USO EXCLUSIVO DE COMFAMA	
BP	No. De Radicación
	Fecha de radicación
	dd mm hora

**Datos del Cesante**

Modalidad de postulación:  Asalariado/Dependiente  Independiente  Trabajador suspendido

Tipo de ID: TI CE CC

Primer apellido Segundo apellido

Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento dd mm aaaa

Género F M

Estado civil: Maque si es:  Soltero  Casado  Separado  Viudo/a  Unión libre

Dirección de residencia: Teléfono fijo Teléfono celular Departamento Ciudad Barrio

¿Esta inscrito en el servicio público de empleo? SI No ¿Cuál agencia? Correo electrónico

¿A cuál E.P.S. se encuentra afiliado actualmente? ¿A cuál administradora de pensiones se encuentra afiliado actualmente?

¿Ahora para el mecanismo de protección al Cesante en su fondo de cesantías? SI No ¿A cuál fondo de cesantías se encuentra afiliado actualmente?

¿Ha recibido subsidio al desempleo? SI No Fecha último subsidio al desempleo

¿Cuál fue la última caja de compensación donde estuvo afiliado? ¿Recibía cuota monetaria por las personas a cargo? SI No Número de personas a cargo

¿Cuál fue el último salario devengado o ingreso declarado? ¿Cuál fue el último subsidio al desempleo?

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio cuota monetaria que pudiese recibir en la siguiente vía de pago:  Menos de 1 SMLV  Entre 1 y 2 SMLV  Entre 2 y 3 SMLV  Entre 3 y 4 SMLV  Mas de 4 SMLV

Tipo de cuenta:  Ahorro  Corriente  Ahorro a la mano Número: Entidad:

Datos del Cónyuge o compañero (a) permanente: Tipo de ID: TI CE CC

Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento dd mm aaaa Género F M

Declaro bajo la gravedad de juramento que:

Al postularme como independiente al Mecanismo de Protección al Cesante, declaro que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de inexactitud, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

Estoy en condición de 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.

Toda la información aquí suministrada es VERDICA. Cumplido con las condiciones para ser beneficiario(a) del Mecanismo de Protección al Cesante y no estoy incurso en las inhabilidades para solicitarlo.

Al postularme como asalariado y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro que ésta no me fue entregada por parte de mi empleador. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de inexactitud, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

Atendiendo lo indicado en la Ley 1581 de 2012 y el artículo 5° del Decreto 1377 de 2013, autorizo de manera expresa para mantener y manejar toda la 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.

Certificado de terminación o suspensión de la relación laboral o del contrato.

Certificado de afiliación administrativa de pensiones a la cual estubo afiliado antes de quedar Cesante.

Certificado de afiliación de la E.P.S. en la cual se encuentra actualmente

Certificado de inscripción al Servicio Público de Empleo.

Documentos de cónyuge o compañero (a) permanente, y de las personas a cargo, si los hubiese.

Manifiestación escrita programa de bonos de alimentación.

Firma del Cesante

Anexos:

Manifiestación escrita programa de bonos de alimentación.

Documentos de cónyuge o compañero (a) permanente, y de las personas a cargo, si los hubiese.

Manifiestación escrita programa de bonos de alimentación.

RESUMEN DE POSTULACIÓN

Modalidad de postulación: Agencia de empleo EPS

Vía de pago: Administradora de Pensiones

Tipo de cuenta: Fondo de cesantías

Entidad financiera: Entidad financiera

Resumen de cuentas: Número de cuentas

Recepción de Formulario Único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante

No. De Radicación: Cantidad de folios anexos: Tipo de ID: TI CE CC

Nombre del empleado Comfama que recibió: Fecha de radicación: hora dd mm aaaa

comfama

Ministerio del Trabajo

RECEPCIÓN DE FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN AL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE

No. De Radicación: Cantidad de folios anexos: Tipo de ID: TI CE CC

Nombre del empleado Comfama que recibió: Fecha de radicación: hora dd mm aaaa

Caja de Compensación Familiar de Antioquia-Comfama FC812-V2.3

VERIFICAR SU CORRESPONDENCIA

VERIFICAR SU CORRESPONDENCIA