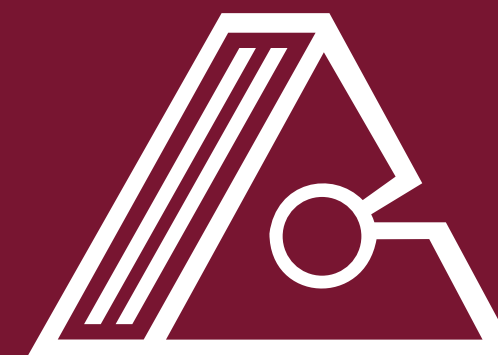




Servicio Público
de Empleo



comfacaUCA

Guía de Postulación Virtual Subsidio al Desempleo

Ley 1636 de 2013, modificado por la Ley 2225 de 2022.

    www.comfacaUCA.com

Requisitos para aplicar al subsidio:

- 1. Encontrarse desempleado.** En caso de ser independiente, que su contrato haya cumplido con el plazo de duración pactado y no cuente con ningún otro o carezca de fuentes de ingreso. (Debe reflejarse la novedad de retiro y el estado inactivo en el sistema de COMFACAUCA.).
- 2. Haber realizado aportes a una Caja de Compensación Familiar** de manera continua o discontinua, durante los últimos tres (3) años. Un año de aportes para dependientes y dos para independientes.
- 3. Inscribirse en cualquiera de los servicios de empleo autorizados,** pertenecientes a la Red del Servicio Público de Empleo y desarrollar la ruta hacia la búsqueda de empleo.
- 4. Debe inscribirse en programas de capacitación autorizados.**





Documentos a presentar:

1. **Copia de la cédula de ciudadanía.**
2. **Certificado de cesación laboral** que deberá contener:
Fecha exacta de terminación de la relación laboral.
Última remuneración del trabajador.
Causa de la terminación.

Nota: Para los trabajadores independientes la certificación de cesación será equivalente a la constancia sobre la terminación del contrato o acta de terminación del contrato y/o manifestación que realicen bajo juramento al respecto en el formulario único de postulación.

3. **Certificado de inscripción en el Servicio Público de Empleo (SPE).**
4. **Certificado de la última EPS que indique el estado de afiliación en salud**(estado inactivo, beneficiario, subsidiado o protección laboral) y AFP a la cual estuvo afiliado.

IMPORTANTE: Si relaciona cuenta bancaria en el momento de la postulación, deberá adjuntar certificado.



Aspectos a tener en cuenta:

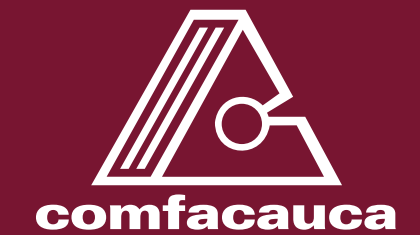
A. Para poder acceder al subsidio al desempleo, en la EPS debe estar en estado: Retirado, Protección Laboral, Beneficiario o Régimen Subsidiado.

B. Su carta de cesación laboral debe contener las siguientes características: fecha de inicio, fecha de retiro, salario devengado y motivo de retiro, en caso de que la carta no tenga estos tres elementos, debe realizar una declaración juramentada donde indique las tres características anteriormente mencionadas la cual debe estar debidamente firmada.

Si ya validó el cumplimiento de los requisitos normativos y cuenta con los documentos escaneados o digitales (ver en el link: <https://zenith.asopagos.com:8444/ASOPAGOS/jsp/zenithFront/index.html#/preRadicacionEnLinea?param=cGFyYW1ldHJvX2VzcGVyYWRvPTE1>) podrá acceder a la postulación virtual.



Servicio Público
de Empleo



Paso a paso para postularse de forma virtual:

1. Ingrese al link: <https://zenith.asopagos.com:8444/ASOPAGOS/jsp/zenithFront/index.html#/preRadicacionEnLinea?param=cGFyYW1ldHJvX2VzcGVyYWRvPTE1>

2. Ingrese su tipo de ID,
su número de cédula y
de clic en buscar:



Acceso Virtual
Plataforma Prestaciones Económicas FOSFEC Ley 1636 de 2013 - Ley 2225 de 2022 - Decreto 1072 de 2015.

Descargar Formulario de Postulación

Su trámite se encuentra sujeta a **Disponibilidad de Recursos** según lo establecido en la Ley 1636 de 2013 - Ley 2225 de 2022 - Decreto 1072 de 2015.

Bienvenidos
Postulación Virtual

Caja de Compensación
COMFACAUCA

Tipo de Documento
Seleccione

Numero de Identificación
Numero de Identificación

Buscar

3. Registre por favor sus datos básicos; por favor diligencie muy bien el número telefónico y correo, puesto que este dato es clave para brindar una respuesta efectiva a su solicitud. Recuerde escribir el correo electrónico en minúsculas para evitar errores en la validación.



DATOS BÁSICOS

TIPO DE IDENTIFICACIÓN CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN* 1062960908	FECHA NACIMIENTO* [Calendar Icon]	GÉNERO* <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Indeterminado
PRIMER APELLIDO* ARENAS	SEGUNDO APELLIDO AGUIRRE	PRIMER NOMBRE* SABA	SEGUNDO NOMBRE ISABEL
DEPARTAMENTO RESIDENCIA* Seleccione	MUNICIPIO RESIDENCIA* Seleccione	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA*	BARRIO*
TELÉFONO	CELULAR*	CONFIRME NÚMERO DE CELULAR*	MEDIO DE COMUNICACIÓN* <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Ninguno
CORREO ELECTRÓNICO*	CONFIRME CORREO ELECTRÓNICO*		
RELACIÓN CONTRACTUAL* Seleccione	ÚLTIMA CAJA A LA QUE ESTUVO AFILIADO* Seleccione	¿CUÁL FUE SU ÚLTIMO SALARIO DEVENGADO?*	
		<input type="checkbox"/> ENTRE 1 Y 2 SMLV <input type="checkbox"/> ENTRE 2 Y 3 SMLV <input type="checkbox"/> ENTRE 3 Y 4 SMLV <input type="checkbox"/> ENTRE MAS DE 4 SMLV	
ÁREA GEOGRÁFICA* Seleccione	PERTENENCIA ÉTNICA* Seleccione	POBLACIONES* Seleccione	FACTOR VULNERABILIDAD* Seleccione
RESGUARDO* Seleccione	PUEBLO INDÍGENA* Seleccione	¿Presenta alguna discapacidad médica?*	¿Cuál?*
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Seleccione:
CATEGORÍA DEL AFILIADO* <input type="checkbox"/> CATEGORIA A <input type="checkbox"/> CATEGORIA B <input type="checkbox"/> CATEGORIA C	¿HA RECIBIDO SUBSIDIO DE DESEMPLEO?*	MESES QUE HA RECIBIDO SUBSIDIO DE DESEMPLEO*	
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
TIPO DE CUENTA* Seleccione	NÚMERO DE CUENTA*	CONFIRME NÚMERO DE CUENTA*	ENTIDAD BANCARIA* Seleccione

4. Registre la EPS y Fondo de Pensión

donde estuvo afiliado, ya que a estas entidades efectuaremos los aportes. Recuerde que su postulación la debe presentar en la última Caja de Compensación a la cual estuvo afiliado.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRE LA ÚLTIMA EPS A LA QUE ESTUVO AFILIADO O DONDE REALIZARÁ LA AFILIACIÓN* NO SI NOMBRE EPS* Seleccione

REGISTRE EL ÚLTIMO FONDO DE PENSIONES AL QUE ESTUVO AFILIADO O DONDE REALIZARA SU AFILIACIÓN* NO SI NOMBRE DE FONDO DE PENSIONES* Seleccione

OTRAS CAJAS DE COMPENSACIÓN A LAS QUE ESTUVO AFILIADO +

INDIQUE CUAL DESDE HASTA QUITAR

Seleccione

5. **Relacione el NIT de la última empresa en la cual laboró**, es importante que en el segundo cuadro registre el dígito de verificación, en caso de desconocerlo puede registrar cero (0). Si aportaba como trabajador independiente también debe registrar número de cédula y en dígito de verificación registrar cero (0).

ÚLTIMA RELACIÓN CONTRACTUAL

NIT / RUT / CC DEL EMPLEADOR* DIGITO* NOMBRE DE LA EMPRESA* FECHA DE CESACIÓN DE RELACIÓN CONTRACTUAL*

¿TIPO DE VINCULACIÓN A SU ÚLTIMA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIA?*

DEPENDIENTE INDEPENDIENTE

Dígito de verificación

6. Es importante que cargue los documentos en **formato PDF legible**, cada documento se debe cargar en el botón asignado:

1er botón: Cédula de ciudadanía

2do botón: Certificado Cesación Laboral.

3er botón: Certificado Registro en Servicio Público de Empleo (si aún no está registrado lo puede hacer y descargar el certificado en el siguiente link:

<https://personas.serviciodeempleo.gov.co/login.aspx>

4to botón: Certificado de EPS y Fondo de pensiones, los puede unificar para realizar el cargue.



DOCUMENTACIÓN
Adjuntar la siguiente documentación:

Soporte documento de identidad*	<input type="button" value="Cargar"/>
Si Fue DEPENDIENTE adjuntar: * Carta de Cesación laboral, donde se especifique la última remuneración del trabajador, la fecha y la causal de retiro.	
Si fue INDEPENDIENTE adjuntar: * Certificación o constancia de terminación del contrato emitido por el contratante; o acta de terminación del contrato; o Declaración juramentada, en la que especifique la última remuneración, la fecha y causal de la cesación de la actividad como independiente.	<input type="button" value="Cargar"/>
Soporte de inscripción de la agencia de empleo	<input type="button" value="Cargar"/>
Certificados	<input type="button" value="Cargar"/>
Otros Soportes Por esta opción puede adjuntar certificación bancaria, planilla u otros soportes adicionales.	<input type="button" value="Cargar"/>

7. Es importante que, en el punto de declaración juramentada, marque en el círculo: “Acepto” y posteriormente de clic en el botón Enviar Información, ya que si no lo hace no se podrá realizar la postulación:

DECLARO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

- Que toda la información aquí suministrada es VERDICA.
 - Que solo me he postulado a una Caja de Compensación Familiar y cumplo con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio de prestaciones económicas del Mecanismo de Protección al Cesante en los términos de la ley 1636 de 2013, ley 2225 de 2022 y decreto 1072 de 2015 y no estoy inhabilitado para solicitarlo.
 - Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de inexactitud, se apliquen las sanciones contempladas en la ley. Manifiesto que 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.
 - Atendiendo lo indicado en la ley 1581 de 2012 (Protección de Datos Personales) 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, en tal sentido, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a la Caja de Compensación Familiar en la cual tramito mi postulación para que trate mis datos personales o sensibles que llegase a recolectar para procesarla, recolectarla, almacenarla, usarla, circularla, suprimirla, compartirla, actualizarla, transmitirla y transferirla de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de tratamiento vigentes establecidas por la Caja de Compensación Familiar con el fin de hacer posible la prestación de los servicios propios, reportes a autoridades de control y vigilancia y para uso de fines administrativo, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos.
 - Como titular de la información tengo derecho a consultar, conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos en el momento que se solicita, presentar quejas, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, a través de las líneas de atención definidas por cada Caja de Compensación Familiar.
 - Declaro que conozco que conforme con lo indicado en el artículo 14 de la Ley 1636 de 2013, y el literal b del artículo 7 de la Ley 2225 de 2022, las personas quienes obtuvieren mediante simulación o engaño algún tipo de beneficio del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FoSFEC), previa comprobación de tal situación a través de sentencia judicial proferida por la autoridad competente, la Caja de Compensación Familiar que tenga conocimiento de tal hecho compulsara copias a la autoridad competente para que adelante la respectiva investigación. De igual forma de acuerdo a lo definido en el parágrafo 3 del artículo 7 de la ley 2225 de 2022, para los casos dispuestos en el literal a y b quienes reciban los beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FoSFEC) perderán el beneficio y deberán devolver las sumas de las transferencias económicas consignadas y los aportes hechos al Sistema General de Seguridad Social, mas sus intereses, sumado a las acciones penales a que haya lugar; igualmente según lo definido en el artículo 2.2.6.1.11 del decreto 1072 de 2015, serán sancionadas de acuerdo con la legislación penal vigente. Igual sanción será aplicable a quienes faciliten los medios para la comisión de tal delito. Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de restituir al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante las sumas indebidamente percibidas.
 - Así mismo, declaro bajo gravedad de juramento que sera mi responsabilidad informar a LA CAJA DE COMPENSACIÓN en caso de que obtenga una fuente formal directa de ingresos o realicen una actividad formal remunerada, so pena de la pérdida del beneficio y la obligación de devolver lo pagado de manera indebida, sin perjuicio de la responsabilidad penal y civil que con ocasión de dicha omisión está prevista en el ordenamiento.
 Al postularme como dependiente y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro bajo la gravedad de juramento que esta no me fue entregada por parte de mi empleador.
 - Conozco y autorizo, que se podrán utilizar medios electrónicos para todos los trámites asociados a esta gestión, los cuales serán válidos y vinculantes para las partes siempre que provenga del correo electrónico de la persona facultada o autorizada y se pueda identificar su remitente y su destinatario. Lo anterior, en consonancia con las disposiciones gubernamentales actuales, conforme a lo establecido en la ley 527 de 1999, el Decreto 491 de 2020 y demás disposiciones que regulen la materia. Nota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso, por parte de la Caja de Compensación Familiar.

Nota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso, por parte de la Caja de Compensación Familiar.

Acepto No acepto

Por último, recuerde leer muy bien la declaración en la parte que se resalta en color amarillo.



DECLARO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

- Que toda la información aquí suministrada es VERDICA.
 - Que solo me he postulado a una Caja de Compensación Familiar y cumplo con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio de prestaciones económicas del Mecanismo de Protección al Cesante en los términos de la ley 1636 de 2013, ley 2225 de 2022 y decreto 1072 de 2015 y no estoy inhabilitado para solicitarlo.
 - Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de inexactitud, se apliquen las sanciones contempladas en la ley. Manifiesto que 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.
 - Atendiendo lo indicado en la ley 1581 de 2012 (Protección de Datos Personales) 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, en tal sentido, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a la Caja de Compensación Familiar en la cual tramito mi postulación para que trate mis datos personales o sensibles que llegase a recolectar para procesarla, recolectarla, almacenarla, usarla, circularla, suprimirla, compartirla, actualizarla, transmitirla y transferirla de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de tratamiento vigentes establecidas por la Caja de Compensación Familiar con el fin de hacer posible la prestación de los servicios propios, reportes a autoridades de control y vigilancia y para uso de fines administrativo, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos.
 - Como titular de la información tengo derecho a consultar, conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos en el momento que se solicita, presentar quejas, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, a través de las líneas de atención definidas por cada Caja de Compensación Familiar.
 - Declaro que conozco que conforme con lo indicado en el artículo 14 de la Ley 1636 de 2013, y el literal b del artículo 7 de la Ley 2225 de 2022, las personas quienes obtuvieren mediante simulación o engaño algún tipo de beneficio del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FoSFEC), previa comprobación de tal situación a través de sentencia judicial proferida por la autoridad competente, la Caja de Compensación Familiar que tenga conocimiento de tal hecho compulsara copias a la autoridad competente para que adelante la respectiva investigación. De igual forma de acuerdo a lo definido en el parágrafo 3 del artículo 7 de la ley 2225 de 2022, para los casos dispuestos en el literal a y b quienes reciban los beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FoSFEC) perderán el beneficio y deberán devolver las sumas de las transferencias económicas consignadas y los aportes hechos al Sistema General de Seguridad Social, mas sus intereses, sumado a las acciones penales a que haya lugar; igualmente según lo definido en el artículo 2.2.6.1.11 del decreto 1072 de 2015, serán sancionadas de acuerdo con la legislación penal vigente. Igual sanción será aplicable a quienes faciliten los medios para la comisión de tal delito. Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de restituir al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante las sumas indebidamente percibidas.
 - Así mismo, declaro bajo gravedad de juramento que sera mi responsabilidad informar a LA CAJA DE COMPENSACIÓN en caso de que obtenga una fuente formal directa de ingresos o realicen una actividad formal remunerada, so pena de la pérdida del beneficio y la obligación de devolver lo pagado de manera indebida, sin perjuicio de la responsabilidad penal y civil que con ocasión de dicha omisión está prevista en el ordenamiento.
 Al postularme como dependiente y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro bajo la gravedad de juramento que esta no me fue entregada por parte de mi empleador.
 - Conozco y autorizo, que se podrán utilizar medios electrónicos para todos los trámites asociados a esta gestión, los cuales serán válidos y vinculantes para las partes siempre que provenga del correo electrónico de la persona facultada o autorizada y se pueda identificar su remitente y su destinatario. Lo anterior, en consonancia con las disposiciones gubernamentales actuales, conforme a lo establecido en la ley 527 de 1999, el Decreto 491 de 2020 y demás disposiciones que regulen la materia. Nota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso, por parte de la Caja de Compensación Familiar.

Nota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso, por parte de la Caja de Compensación Familiar.

Acepto No acepto

[Enviar información](#) [Cerrar página](#)



Servicio Público
de Empleo



comfacaUCA

Recuerde que una vez remita la información, su solicitud pasa a un proceso de validación de cumplimiento de requisitos. En un término máximo de 15 días hábiles se le remitirá respuesta al correo electrónico registrado con la decisión sobre su solicitud de postulación, la cual podrá contener los siguientes estados:

1- Recepción de documentos – postulación Subsidio al Desempleo: donde se confirma que se realizó la recepción de los documentos correspondientes a su postulación para el subsidio del desempleo reglamentado por la Ley 1636 de 2013, el Decreto 1072 de 2015 y la Ley 2225 de 2022.

2- Aprobado: Si su solicitud cumple con los requisitos normativos y la documentación está completa, recibirá el correo electrónico de aprobación con información adicional.

3- Preradicado Denegado: Si no cumple con los requisitos normativos, su solicitud será negada y se le informará por correo electrónico.

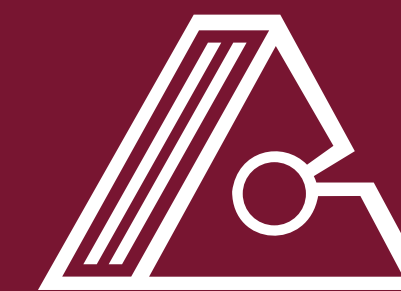
4- Preradicado Devuelto: Si cumple con los requisitos normativos, pero no anexó correctamente los documentos requeridos, su solicitud será devuelta. Se enviará una notificación por correo electrónico y tendrá 5 días hábiles para que realice el cargue de los documentos pendientes. Si no realiza el cargue en este tiempo su solicitud pasará a estado desistido, por lo cual tendrá que realizar la postulación nuevamente desde cero.



Vigilado Supersubsidio



Servicio Público
de Empleo



comfacaUCA

¡Esperamos que la orientación brindada le sea
útil al momento de su postulación!

No olvide que puede contactarnos si necesita
asistencia adicional a las líneas:

(602) 8231868 Ext. 111-139-178-179

Celular: 3105452857

Correo electrónico: solicitudesfosfec@comfacaUCA.com

    **www.comfacaUCA.com**