**FORMATO SOLICITUD SUBSIDIO DE EMERGENCIA
(DECRETO 488 MARZO 27 DE 2020)**

**ESTA INFORMACION ES USO EXCLUSIVO DE COMFATOLIMA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de Radicación** | Fecha deRadicación | Año | Mes | Día | **Hora:** |

Postulación para ser beneficiado con el Subsidio de Emergencia al Desempleo, de conformidad con el artículo 6 del Decreto 488 del 27 de marzo de 2020, el cual establece:

**“Articulo 6: Beneficios relacionados con el Mecanismo de Protección al Cesante.** Hasta tanto permanezcan los hechos que dieron lugar a la Emergencia Económica, Social y Ecológica, **y hasta donde permita la disponibilidad de recursos,** los trabajadores dependientes o independientes cotizantes categoría A y B, cesantes, que hayan realizado aportes a una Caja de Compensación Familiar durante un (1) año, continuo o discontinuo, en el transcurso de los últimos cinco (5) años, recibirán, además de los beneficios contemplados en el artículo 11 de la Ley 1636 de 2013, una transferencia económica para cubrir los gastos, de acuerdo con las necesidades y prioridades de consumo de cada beneficiario, por un valor de dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes, divididos en tres (3) mensualidades iguales que se pagarán mientras dure la emergencia y, en todo caso, máximo por tres meses.”

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRES: |   |
| APELLIDOS: |   |
| NÚMERO DE CEDULA: |   |
| TELÉFONO CELULAR: |   |   |   |   |
| CORREO ELECTRÓNICO: |   |
| DIRECCION |  |
| MUNICIPIO |  |
| EMPRESA DONDE LABORÓ: |   |
| SALARIO DEVENGADO |   |   |   |   |
| FECHA DE TERMINACIÓN: |   |   |   |   |
| CATEGORIA A LA QUE PERTENECE: |   |
| EPS A LA QUE PERTENECE: |   |
| AFP A LA QUE PERTENECE: |   |

De conformidad con lo establecido en el Decreto 488 de 2020 manifiesto lo siguiente como postulante al beneficio:

1. Que la Caja de Compensación Familiar del Tolima “COMFATOLIMA” me brindó el acompañamiento e información correspondiente.
2. Que comprendo que el beneficio otorgado solo se pagara por el término máximo de tres (3) meses por un valor de dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, divididos en el termino establecido anteriormente.
3. Que bajo la gravedad de juramento declaro con mi firma en este documento, que cumplo con los requisitos establecidos en el Decreto 488 de 2020 para ser beneficiario del subsidio de emergencia.
4. Que comprendo que Comfatolima tiene la obligación de beneficiarme con el subsidio de emergencia, siempre y cuando exista la disponibilidad de recursos a la luz del articulo 6 del Decreto 488 de 2020.

**Importante:** Favor diligenciar todos los campos de este fomulario y enviarlo al correo: subsidioemergencia@comfatolima.com.co .ComfaTolima dará respuesta al correo electrónico que usted registra.

**4. AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Autorizo expresamente de manera libre, previa y debidamente informada a COMFATOLIMA, Nit.800.211.025-1 para recolectar, mantener y manejar toda la información contenida en este formulario y los documentos anexos, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial con 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 y el traslado de los recursos en caso de ser pertinente una vez se verifique el cumplimiento de los requisitos señalados en Decreto 488 de 2020 y demás normas concordantes. El tratamiento de mi información personal se realiza de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes, y conforme a lo establecido en la “POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES COMFATOLIMA” disponible en [www.comfatolima.com.co/proteccion-de-datos-personales](http://www.comfatolima.com.co/proteccion-de-datos-personales). Como titular de la información personal sobre la que COMFATOLIMA ejerce el tratamiento, se me informa que puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, a través del correo electrónico privacidad@comfatolima.com.co.

En caso de proporcionar datos de menores de edad, sobre los que ostente la calidad de representante legal, COMFATOLIMA informa que los mismos serán tratados de conformidad con la finalidad aquí señalada, asegurando el respeto de sus derechos fundamentales.

Autorizo a Comfatolima el envío de información por correo electrónico y al celular por mensaje de texto y/o WhatsApp SI\_\_ NO\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_