FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN DECRETO 488 de 2020





Compensación Familiar? Departamento:							Núme	Número de radicación								de ción	Año	Mes	Día	Hora:
o. deemfricacion del Cesamte C.C. T.L. Número Incr. Apellido Incr. I		-	te fo	rmate	o lea cuidad	osamente las instruc	ciones ge	enerale	s y la i	inform	ació	n an	exa.							
rection Residencies: Telefono: Collular: Could Tue su olitimo salario devengado? Algo de vinculación a su olitimo Caja de rico. Collular: Compensación Familiar? Compensación Familiar.			C.C.		T.I.	Número		1er. Ar	ellido		20).				1er.		20	. Nomh	re
compensación Familiar? Cual truste Departamento: Entre 1 y 2 SMMLV Entre 3 y 4 SMMLV Asalariado Asalariado Entre 2 y 3 SMMLV Entre 3 y 4													lo							
Security	Dirección Residencia:							¿Cuál	fue su	últim	o sala	rio (dever	gado)?	¿Tipo c				,
correa dectroficio: [Interest a complete of the complete of t	Barrio:			4							1						Compen	sación	Familia	r?
Characcibido subsidio al desempleo?				Dep	artamento:						1			MLV						
Employ Si NG A que E.P.S. está afiliado actualmente? A que fandistradora de pensiones está afiliado actualmente? A que fandistradora de pensiones está afiliado actualmente? A que fando de cesantías está afiliado actualmente? Si NG A que fando de cesantías está afiliado actualmente? Si NO No No No No No No No																				
Aque E P.S. està afiliado actualmente? Aque fadministradora de pensiones está afiliado actualmente? Aque fadministradora de pensiones está afiliado actualmente? Aque fadministradora de pensiones está afiliado actualmente? Si No Si N	afiliado?							Empleo?												
Area Geográfica: Etnia: Poblaciones: Factor de Vulnerabilidad: Categoría de Afiliación Tipo de Cuenta Número de Cuenta Entidad Bancaria A B B Otras Cajas de Compensación a las que perteneció CCF? Desde (Fecha): Hasta(Fecha): CRECCISIÓN COUTRE DESDE A COMPENSACIÓN ADICIONAL SOBRE GRUPO FAMILIAR Nombres completos de las personas a cargo con respecto a su condición de trabajador? SI Diligencie el numeral 2 NO Diligencie el numeral 3. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE GRUPO FAMILIAR Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted Area Apellido 2do. Apellido 1er. Nombre 2do. Nombre R. Adición Año Mes Día MF R. Petro Cuenta de Sexua Parentesco (Udentifique el Tipo; C.C., C.E. Estudia, Pr. S.			e? ¿	A qu		·	stá ¿A		ndo d	e cesa	ntías	está	afilia	do		•				
Categoría de Afiliación Tipo de Cuenta Número de Cuenta Entidad Bancaria Categoría de Afiliación Tipo de Cuenta Número de Cuenta Entidad Bancaria					afiliado	actualmente?			act	ualme	ente?					Cesante				ias ? (*)
Desde (Fecha): HastalFecha : HastalFecha	Área Geográfica:		E	tnia:			Pob	lacione	es:						Fac	tor de V	ulnerabil	idad:		
Andición Ano Mes Día Información aqui suministrada es VERIDICA. - Que Toda la Información apoi suministrada es VERIDICA. - Que Toda la Información agui suministrada es verifiquen lo datos aguí contenidos y en caso de inexactitud, se apliquen las sanciones contempladas en la ley. Manifiesto que estoy en condición desempleado, carezo de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno, me encuentro disponible para trabajar en forma inimediata, he estado realizando	Categoría de Afiliación A B	Т	ipo d	le Cuenta	Núr	Número de Cuenta								Entidad Bancaria						
ECUERDE: S ha cambiado el número de personas a cargo que dependen económicamente de usted ArAdición Año Mes Día MF Día MF DÍA	Otras Cajas de Compe	ensación a las q	ue pe	erten	eció CCF?		Des	de (Fec	ha):						Has	ta(Fecha	a):			
Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted Novedad Fecha Nacimiento Sexo Parentesco Documento de Identidad (Identifique el Tipo: C.C. C.E. Estudia. N. N. N.	¿Recibía cuota monet	aria de subsidi	o fam	iliar	por las perso	onas a cargo? S	I NO	D			¿Por	cuán	itas p	ersor	nas a	cargo?				
Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted Novedad Fecha Nacimiento Sexo Parentesco (Identifique el Tipo: C.C., C.E., T.I, R.C.) S. S	¿Ha cambiado el núm	nero de person	as a c	argo	con respect	o a su condición de tr	abajador	?		SI		Dilig	encie	el nu	umera	al 2	NO	Diligeno	cie el n	umeral 3
Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted Novedad Fecha Nacimiento Sexo Parentesco (Identifique el Tipo: C.C., C.E., T.I, R.C.) S. S	NEORMACIÓN ADIO	CIONAL SORRE	GRII	PO F	ΔΜΙΙΙΔΡ															
de usted Novedad Fecha Nacimiento Sexio Parentesco Parentesco Parentesco Continuidade Hippo: LCL, C.E. Estudia. S. Si.	Nl	4. 1													Do	ocumen	to de Ide	ntidad		
RECUERDE: Si ha cambiado el número de personas a cargo por la cuales recibia cuota monetaria, debe adjuntar documento adicional de las nuevas personas a cargo DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: - Que Toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. - Que sólo me he postulado a una Caja de Compensación Familiar y cumplo con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio de protección al cesante en los términos del decrea 488 de 2020 y no estoy incurso en las inhabilidades 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 condicidesempleado, carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno, me encuentro disponible para trabajar en forma inmediata, he estado realizando gestiones la búsqueda de empleo. - Al postularme como independiente al Mecanismo de Protección al Cesante, declaro bajo la gravedad de juramento que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno. - Al postularme como independiente al Mecanismo de Protección al Cesante, declaro bajo la gravedad de juramento que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno. - Al postularme como asalariado y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro bajo la gravedad de juramento que ésta no me fue entregada por parte de mi empleador. - Aletndiendo lo indicado en la ley 1581 de 2012 y el artículo 5º 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 y elacionadas 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. Declaro que conozco que conforme con lo indicado en el parágrafo del artículo 1 de las triculo 4 de 88 de 2020, será ma responsabil idad informar a CAJA DE COMPENSACIC caso del que obtenga							Novedad	ovedad Fecha Nacimiento Sexo Parenteso						esco	(Ide	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			Estud	ia. P:Pr
DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: - Que Toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. - Que sólo me he postulado a una Caja de Compensación Familiar y cumplo con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio de protección al cesante en los términos del decre 488 de 2020 y no estoy incurso en las inhabilidades 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 condicio 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 la búsqueda de empleo. - Al postularme como independiente al Mecanismo de Protección al Cesante, declaro bajo la gravedad de juramento que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno. - Al postularme como asalariado y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro bajo la gravedad de juramento que ésta no me fue entregada por parte de mi empleador. - Alendiendo 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. Declaro que conozco que conforme con lo indicado en el parágrafo del artículo 14 de la Ley 1636 de 2013, las personas que obtuvieren o mantuvieren mediar simulación, engaño o fraude ale gigún tipo de beneficio de los previstos en el artículo 60 del Decreto Legislativo 488 de 2020, serán sancionadas de acuerdo con la legislación penal vigent penal vigent legislación penal vigent penal vigent penal vigent penal vigent penal vigent penal	1er. Apellido 2c	do. Apellido	10	er. No	ombre	2do. Nombre		Añο	Mes	Día	ΜF	Hijo	Padre	Otro	Tipo		Numero	1		o T:Té
DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: - Que Toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. - Que sólo me he postulado a una Caja de Compensación Familiar y cumplo con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio de protección al cesante en los términos del decre 488 de 2020 y no estoy incurso en las inhabilidades 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 condicio 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 la búsqueda de empleo. - Al postularme como independiente al Mecanismo de Protección al Cesante, declaro bajo la gravedad de juramento que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno. - Al postularme como asalariado y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro bajo la gravedad de juramento que ésta no me fue entregada por parte de mi empleador. - Alendiendo 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. Declaro que conozco que conforme con lo indicado en el parágrafo del artículo 14 de la Ley 1636 de 2013, las personas que obtuvieren o mantuvieren mediar simulación, engaño o fraude ale gigún tipo de beneficio de los previstos en el artículo 60 del Decreto Legislativo 488 de 2020, serán sancionadas de acuerdo con la legislación penal vigent penal vigent legislación penal vigent penal vigent penal vigent penal vigent penal vigent penal			_								H				-					-
DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE: - Que Toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. - Que sólo me he postulado a una Caja de Compensación Familiar y cumplo con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio de protección al cesante en los términos del decre 488 de 2020 y no estoy incurso en las inhabilidades 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 condicio 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 la búsqueda de empleo. - Al postularme como independiente al Mecanismo de Protección al Cesante, declaro bajo la gravedad de juramento que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno. - Al postularme como asalariado y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro bajo la gravedad de juramento que ésta no me fue entregada por parte de mi empleador. - Alendiendo 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. Declaro que conozco que conforme con lo indicado en el parágrafo del artículo 14 de la Ley 1636 de 2013, las personas que obtuvieren o mantuvieren mediar simulación, engaño o fraude ale gigún tipo de beneficio de los previstos en el artículo 60 del Decreto Legislativo 488 de 2020, serán sancionadas de acuerdo con la legislación penal vigent penal vigent legislación penal vigent penal vigent penal vigent penal vigent penal vigent penal																				
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. Declaro que conozco que conforme con lo indicado en el parágrafo del artículo 14 de la Ley 1636 de 2013, las personas que obtuvieren o mantuvieren mediar simulación, engaño o fraude algún tipo de beneficio de los previstos en el artículo 60 del Decreto Legislativo 488 de 2020, serán sancionadas de acuerdo con la legislación penal vigent 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 Em y Protección al Cesante las sumas indebidamente percibidas. - Así mismo, de conformidad con la Resolución 0853 de Marzo de 2020 Artículo 7. Pérdida de las prestaciones, declaró que será mi responsabilidad informar a CAJA DE COMPENSACIO 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 esté prevista en el ordenamiento. Firma del cesante ota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso, por parte de la Caja de Compensación Familiar	- Que Toda la informac - Que sólo me he posto 488 de 2020 y no esto - Autorizo que por cual desempleado, carezco la búsqueda de empleo - Al postularme como a económico alguno. - Al postularme como a empleador.	ción aquí sumini ulado a una Caji y incurso en las lquier medio se de capacidad d o. independiente a asalariado y no	istrada a de C inhab verifi e pag al Med tener	a es V ompe ilidad quen o y no canisr certif	rERÍDICA. ensación Fam les para solic los datos aq o dispongo do mo de Protec icación de te	itarlo uí contenidos y en caso e ingreso económico a ción al Cesante, declar rminación de la relació	o de inexa Iguno, me ro bajo la g on laboral,	ctitud, s encuen graveda declaro	se aplio etro dis d de ju bajo la	quen la sponibl iramen a grave	e par to qu	cione a tra e car de jur	es con bajar rezco ramer	temp en fo de ca to qu	oladas Irma i Ipacid Iue ést	s en la ley nmediata lad de pa a no me	y. Manifie a, he esta go y no d fue entre	sto que do realiz ispongo gada po	estoy e zando g de ingr r parte	n condici estiones eso de mi
manera indebida, sin perjuicio de la responsabilidad penal y civil que con ocasión de dicha omisión esté prevista en el ordenamiento. Firma del cesante ota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso, por parte de la Caja de Compensación Familiar	formulario a las entida propios del Mecanismo simulación, engaño o f Igual sanción será aplio y Protección al Cesanto - Así mismo, de confor	ades y autoridad o. Declaro que d fraude algún tip cable a quienes e las sumas inde midad con la Re	les rel conoz o de b facilit ebidar esoluc	acion co qu enefi en los nente	adas con el I e conforme d icio de los pr s medios par e percibidas. 853 de Marzo	Mecanismo de Protecc con lo indicado en el pi evistos en el artículo 6 a la comisión de tal de o de 2020 Artículo 7. P	ión al Cesa arágrafo d o del Decr lito. Lo an rérdida de	ante. Lo el artícu eto Leg terior, s las pres	anter ulo 14 islativo in perj	ior con de la L o 488 c juicio d es, de	el fir ey 16 le 202 le la c	de v 36 de 20, se bliga	validar e 2013 erán sa eción d será n	y sup B, las ancio de res	pervis perso nadas stituir ponsa	sar los re onas que s de acue r al Fonde	quisitos d obtuviere erdo con la o de Solid	le acceso en o mar a legislad aridad d	o a los b ntuviere ción pe le Fome	eneficios en mediar nal vigent ento al Em
ota: El reconocimiento de los beneficios está sujeto a la verificación de los requisitos de acceso, por parte de la Caja de Compensación Familiar	•				-										2.0	,	,		. ٢~6	
	ota: El reconocimiento	o de los benefi	cios e	stá si	ujeto a la ve					arte de	e la C	aja d	le Cor	npen	ısacić	ón Famil	iar			

El empleo Mintrabajo es de todos

Recipido por Nombre Fecha y Hora Cantidad de folios anexos Originales Copias Protección al Cesante Nro. de Radicacion





INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN



Diligencie el formulario con la letra imprenta legible y clara, sin tachones y en tinta negra.

1- DATOS DEL CESANTE

Deberá llenar los siguientes espacios correspondientes a:

Número de identificación del Cesante: escriba completo el número del documento de identificación.

Tipo de documento: marque si es:

C.C.: Cédula de Ciudadanía. C.E.: Cédula de Extranjería. T.I.: Tarjeta de identidad

Apellidos y Nombres: escribalos según el orden establecido, como figuran en el documento de identidad

Dirección de residencia, teléfono, barrio, celular, ciudad, departamento: escriba los datos de residencia, teléfono, barrio, celular, ciudad y departamento de residencia del solicitante.

Correo electrónico: diligencie el correo electrónico que se encuentre activo para recibir respuesta y comunicaciones de la Caja de Compensación Familiar; en caso de no poseer correo electrónico, escriba NP.

Área Geográfica: Indicar si es Urbana o Rural.

Factor de Vulnerabilidad: Indicar si es Desplazado, Victima del Conflicto Armado (No Desplazado), Desmovilizado o reinsertado, Hijo (a) de Desmovilizados o Reinsertados.

Etnia: Indicar si es Afrocolombiano, Comunidad Negra, Indígena, Palanquero, Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Room Gitano, No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores, No Disponible.

Poblaciones: Indicar si es Victima del Conflicto Armado, En condición de Desplazamiento, En condición de discapacidad física, Victima del conflicto armado y condición de desplazamiento, Victima del conflicto armado y condición de discapacidad física, Victima del conflicto

armado, condición de desplazamiento y discapacidad, en Condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física si no se encuentra en ninguna de las anteriores marque no aplica.

Factor de Vulnerabilidad: Indicar si tiene alguna de las siguientes vulnerabilidades: Damnificado desastre natural, Cabeza de familia, Hijo (as) de madres cabeza de familia, En condición de discapacidad, Población migrante, Población zonas de frontera (nacionales), Ejercicio del Trabajo Sexual y si no se encuentra en ninguno de los anteriores marque No aplica o no disponible.

¿A qué Administradora de Pensiones está afiliado actualmente: señale a qué administradora de Pensiones se encuentra afiliado; tenga en cuenta que es a esta entidad a la cual se realizará el pago del aporte a pensiones, si resulta beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante.

¿A qué Fondo de Cesantías está afiliado actualmente?: señale a qué Fondo de Cesantias se encuentra afiliado.

¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de Cesantias: (Esta casillasolo podrá ser diligenciada, cuando esté operando en los fondos de cesantías, el ahorio para el Mecanismo de Protección al Cesante) indique si ha ahorrado en su fondo de cesantías para el Mecanismo de Protección al Cesante.

¿Recibía cuota monetaria del subsidio familiar por las personas a cargo?

¿Por cuántas personas: indique si recibía subsidio monetario por parte de las Cajas de Compensación Familiar, de ser así, señale por cuántas personas a cargo recibía dicho subsidio.

¿Ha cambiado el número de personas a cargo, con respecto a su condición de trabajador?: marque con una X si ha cambiado el número de personas a cargo, desde la época en que era trabajador. Ej.nació unnuevo hijo(a) ensucondición de cesante o su hijo (a) cumplió 19 años de edad.

& Cuálfue su 'ultimo salario devengado?: escriba claramente el rango en el cual se ubicaba su 'ultimo salario devengado.

¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar?: identifique si su vinculación a la última Caja de Compensación Familiar era como asalariado o como independiente.

Última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado: señale la última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado.

¿Harecibido subsidio al desempleo: señale si harecibido subsidio al desempleo por parte de alguna Caja de Compensación Familiar. En el apartado hace cuánto, señale hace cuantos meses recibió la última sensualidad. ¿Ya está inscrito en el Servicio Público de Empleo: indique si se encuentra inscrito en el Servicio Público de Empleo, a través de una agencia de Empleo de una Caja de Compensación Familiar u otro operador.

¿AqueE.P.S. está afiliado actualmente: señale aqué E.P.S. se encuentra afiliado; tenga en cuenta que es a esta entidad a la cual se realizará el pago del aporte en salud, si resulta beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante.

¿A qué Administradora de Pensiones está afiliado actualmente: indique a qué administradora de Pensiones se encuentra afiliado; tenga en cuenta que es a esta entidad a la cual se realizará el pago del aporte a pensiones, si resulta beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante.

¿A qué Fondo de Cesantías está afiliado actualmente?: indique a qué Fondo de Cesantias se encuentra afiliado.

¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de Cesantias: (Esta casilla solo podrá ser diligenciada, cuando esté operando en los fondos de cesantías, el ahorio para el Mecanismo de Protección al Cesante) indique si ha ahorrado en su fondo de cesantías para el Mecanismo de Protección al Cesante.

¿Recibía cuota monetaria del subsidio familiar por las personas a cargo?

¿Por cuántas personas†: indique si recibía subsidio monetario por parte de las Cajas de Compensación Familiar, de ser así, señale por cuántas personas a cargo recibía dicho subsidio.

¿Ha cambiado el número de personas a cargo, con respecto a su condición de trabajador?: marque con una X si ha cambiado el número de personas a cargo, desde la época en que era trabajador. Ej.nació un nuevo hijo(a) ensucondición de cesante osu hijo (a) cumplió 19 años de edad.

2- INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO FAMILIAR

Identificación de personas a cargo del cesante: deberá llenar los siguientes espacios correspondientes a todas las personas a cargo.

Apellidos y nombres: escriba según el orden establecido, como figuran en el documento de identidad los nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted.

Novedad: marque A: Adición si es una persona a cargo adicional o R: Retiro si la persona ha perdido su condición de beneficiario.

Fecha de nacimiento: escriba la fecha de nacimiento de cada una de las personas a cargo en formato año/mes/día.

Sexo: indique el sexo de cada una de las personas a cargo.

Parentesco: indique el parentesco de cada una de las personas a cargo (hijo, padre, hermano, compañero(a)) es decir aquellas que dependen económicamente de usted.

Documento de identidad de las personas a cargo: escriba completo el tipo y el número de documento de identificación de las personas a su cargo: C.C.: Cédula de Ciudadanía. C.E.: Cédula de Extranjería. T.I.: Tarjeta de identidad. R.C.: Registro civil

Estudia: señale si las personas a cargo estudian o no y a continuación indique el nivel educativo.

Nivel educativo: indique el nivel educativo de cada una de las personas a cargo como se indica a continuación:

N: Ningún nivel educativo

P: Primaria

S: ecundaria

T: Ténico

SP: uperior O: Otro

3- DECLARACIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Lea detalladamente las declaraciones y firme en señal de aceptación.

