

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA COMCAJA
DEPARTAMENTO _____

FECHA _____

PROGRAMA MECANISMO DE PROTECCION AL CESANTE

CERTIFICADO DE CONOCIMIENTO CONDICIONES Y SANCIONES PROGRAMA FOSFEC

yo _____ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No _____ con domicilio en _____ (dirección completa), No teléfono _____ de la ciudad de _____, por medio de este documento hago constar que conozco y acepto los derechos y obligaciones que otorga el PROGRAMA MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE - FOSFEC, y por medio de este documento acepto y me obligo a que una vez establezca una nueva relación laboral o cambien mis condiciones laborales, bien sea como servidor público o particular, por elección popular, por recibir pensión de jubilación, por invalidez, vejez o sobrevivencia, por tener una fuente directa o indirecta de ingresos como trabajador independiente, u otros, informare inmediatamente a COMCAJA, por medio escrito, y en consecuencia los aportes económicos que me brindo la caja en beneficios económicos y/o en especie sin tener derecho a ellos por concepto de prestaciones económicas (salud, pensión, transferencia económica y capacitación) pertenecientes al programa fosfec, los reintegrare o devolveré a la caja con los respectivos intereses moratorios dentro del término de () contados a partir del momento en que inicie una nueva actividad laboral, y a partir de ese momento me constituiré en deudor(a) de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA COMCAJA**, en las condiciones aquí establecidas, de lo contrario asumiré las sanciones disciplinarias y penas a que haya lugar.

A partir de la fecha debo cumplir con la ruta de empleabilidad que me indica la **AGENCIA DE GESTIÓN Y COLOCACIÓN DE COMCAJA**. En el caso que no tome las orientaciones, talleres y/o capacitaciones que brinda la agencia de gestión y colocación de COMCAJA o incumpla con la intensidad horaria, se me realizará la suspensión o cancelación al programa y tendré que devolver los aportes económicos que me brindo la caja en beneficios económicos.

En caso de incumplimiento, tengo el conocimiento que COMCAJA iniciara las acciones coactivas jurídicas o extrajurídicas para la recuperación de los recursos o beneficios económicos y/o en especie otorgados a mi favor sin tener derecho a ellos.

De igual forma me comprometo a realizar el trámite de afiliación ante la eps, en el momento que me notifiquen mi aprobación al programa, en caso de cambio de la administradora de eps, se lo informare a COMCAJA para que realice el pago oportuno por el sistema de planilla asistida.

Le agradecemos haber elegido nuestra caja de compensación familiar y esperamos servirle con sentido social.

FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO
CC

HUELLA