CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA COMCAJA
DEPARTAMENTO_____
FECHA_____

DECLARACIÓN DE COMPROMISO DEL BENEFICIARIO
PROGRAMA MECANISMO DE PROTECCION AL CESANTE FOSFEC

Yo, _____, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____, mayor de edad, con domicilio en _____, en la ciudad de _____, número de teléfono _____, manifiesto por medio del presente documento que conozco y acepto los derechos y obligaciones establecidos por el **Programa Mecanismo de Protección al Cesante – FOSFEC**, administrado por la **Caja de Compensación Familiar Campesina COMCAJA**.

Declaro, bajo la gravedad de juramento, que toda la información aquí consignada es veraz y completa, y que cualquier falsedad u omisión será causal de exclusión inmediata del programa y podrá dar lugar a las acciones legales, disciplinarias y penales correspondientes, conforme a la legislación vigente.

Me comprometo a **informar de manera inmediata y por escrito a COMCAJA**, a través del correo electrónico _____, cualquier cambio en mi situación laboral que implique el incumplimiento de los requisitos del programa. Esto incluye, pero no se limita a: el inicio de una nueva relación laboral en el sector público o privado, elección en cargos de representación popular, reconocimiento de pensión (vejez, invalidez o sobrevivencia), o percepción de ingresos como trabajador(a) independiente u otra fuente directa o indirecta de sustento.

En caso de que se determine que los beneficios económicos y/o en especie que recibí no me correspondían por cambios en mi situación laboral o por el incumplimiento de los requisitos, me obligo a reintegrar a COMCAJA la totalidad de los recursos otorgados, junto con los intereses moratorios aplicables, dentro de los **QUINCE (15) días calendario** siguientes a la fecha en que se haya producido dicho cambio. A partir de ese momento, me reconoceré como deudor(a) de la Caja de Compensación Familiar Campesina COMCAJA, bajo las condiciones aquí establecidas.

La devolución incluirá todo recurso adicional transferido por COMCAJA y se realizará según las instrucciones que esta entidad me informe mediante el canal que haya utilizado para notificar mis cambios de condición. En caso de no cumplir con esta obligación, COMCAJA podrá iniciar las acciones judiciales o extrajudiciales necesarias para recuperar los recursos entregados sin justificación.

Vigilado Supersubsidio

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA COMCAJA
DEPARTAMENTO_____
FECHA_____

DECLARACIÓN DE COMPROMISO DEL BENEFICIARIO
PROGRAMA MECANISMO DE PROTECCION AL CESANTE FOSFEC

Autorizo a COMCAJA a conservar este documento y a verificar la información aquí consignada con autoridades públicas o privadas, con el fin de dar cumplimiento a las funciones de supervisión y control del programa FOSFEC.

Me comprometo también a cumplir con la ruta de empleabilidad establecida por la Agencia de Gestión y Colocación de COMCAJA. En caso de no asistir a las actividades programadas (talleres, capacitaciones, orientaciones) o de incumplir con la intensidad horaria exigida, podrá ser suspendida o cancelada mi participación en el programa, y deberé reintegrar los beneficios económicos recibidos.

Declaro que, una vez aprobada mi participación en el programa, realizaré el proceso de afiliación ante una Entidad Promotora de Salud (EPS). En caso de cambio de EPS, me comprometo a informar de manera oportuna a COMCAJA para que se puedan realizar los pagos correspondientes mediante el sistema de planilla asistida.

Este compromiso tendrá vigencia desde la fecha de firma y durante todo el tiempo en que reciba beneficios del programa FOSFEC. En caso de que se determine la entrega indebida de recursos, el compromiso se mantendrá vigente hasta la restitución total de los montos entregados indebidamente.

Agradezco a COMCAJA por permitirme acceder a este beneficio y reitero mi compromiso de actuar con responsabilidad, garantizando el uso adecuado de los recursos del programa y cumpliendo fielmente con las obligaciones aquí contenidas.

Autorizo expresamente a COMCAJA a enviarme notificaciones, requerimientos y demás comunicaciones oficiales al correo electrónico: _____.

HUELLA

_____
FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

Vigilado Supersubsidio