

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA COMCAJA
DEPARTAMENTO _____
FECHA _____

DECLARACIÓN DE COMPROMISO Y CONOCIMIENTO 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 COMCAJA me proporciono información relevante para acceder al subsidio al desempleo, donde me explicaron los requisitos y beneficios a los que puedo acceder, así mismo, los procesos que debo realizar, por ello 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 y datos presentados en la postulación es veraz, fidedigna 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 realizar la afiliación a mi EPS y al fondo de pensión, una vez reciba la carta de notificación de ingreso al subsidio al desempleo, para lo cual, realizaré mi afiliación como Independiente del régimen contributivo con novedad 17 (Reporte del Trámite de Protección al Cesante con el Tipo de cotizante 52, y así mismo solicitaré ante mi EPS la desafiliación una vez finalice el beneficio.

Me comprometo a utilizar de manera adecuada los beneficios otorgados.

Me comprometo a informar de manera inmediata y por escrito a COMCAJA en la oficina donde radique mi postulación o al correo electrónico **deisy.diaz@comcaja.gov.co** o _____, 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 o empiezo a recibir mi mesada pensional.

En caso que se determine o detecte 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 por el mes completo, 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA COMCAJA
DEPARTAMENTO _____
FECHA _____

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

En caso de incurrir en un proceso de devolución de recursos (Recobros) por un inadecuado o indebido uso de beneficios del FOSFEC; así mismo, por incumplimiento de la norma y que en este se realice un acuerdo de pago y/o conciliación que no está siendo cumplida de mi parte, autorizo a la Caja de Compensación Familiar COMCAJA acciones legales, disciplinarias y penales correspondientes, conforme a la legislación vigente.

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.

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 a cumplir con las condiciones que se definan en mi ruta de empleabilidad, en cuanto asistencia a capacitación tal como lo estipula el Artículo 2.2.6.1.3.11. del Decreto 1072 de 2015, que contempla como causales de pérdida de las prestaciones (Subsidio al desempleo) a quienes: "... d) Descarten o no culminen el proceso de formación para adecuar sus competencias básicas y laborales específicas, al cual se hayan inscrito conforme la ruta de empleabilidad, excepto en casos de fuerza mayor" o "e) Asistan a menos del ochenta por ciento (80%) de las horas de capacitación definidas en la ruta de empleabilidad". Por lo que en caso de pérdida; podré postularme nuevamente después de 3 años, conforme a lo establecido en el artículo 14 de la Ley 1636 de 2013 y el artículo 55 del decreto 2852 de 2013.

Me comprometo a realizar directamente la ruta de empleabilidad y cursos de capacitación, no utilizare terceros para el desarrollo de estas actividades.

Me comprometo a comunicar de forma oportuna mis condiciones y aptitudes para desarrollar las actividades programadas.

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.

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.

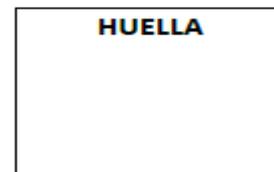
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA COMCAJA
DEPARTAMENTO _____
FECHA _____

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

Autorizo a COMCAJA el tratamiento de mis datos personales y el envío de información de los servicios, comunicaciones, información y demás relacionadas con el Mecanismo de Protección al Cesante y Servicios de Gestión y Colocación de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

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: _____.



FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO