

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANQUILLA - "COMBARRANQUILLA"

1 **YO:** _____ En mi calidad de postulante a los beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante, manifiesto bajo la gravedad de juramento que laboré en la

empresa _____

y el motivo del retiro fue por _____ Manifiesto libre y voluntariamente que mi situación laboral con la empresa relacionada en esta declaración, en la actualidad ha terminado y no cuento con ningún otro trabajo o fuente de ingresos. En concordancia con lo establecido en la Ley 1636 de 2013 modificada parcialmente por la Ley 2225 del 2022, con su reglamentación complementaria Decreto 1493 del 03 de agosto de 2022 emitida por el Ministerio de Trabajo, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, 1072 de 2015, y demás normatividad que reglamente, modifique u adicione, me comprometo a cumplir con los deberes expuestos en el presente documento.

2 **MANIFIESTO, BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO:** Que NO recibo pensión de vejez, invalidez, sobrevivencia y que no cuento con una fuente directa de ingresos, por lo tanto comprendo que es mi obligación y responsabilidad informar de manera inmediata a COMBARRANQUILLA una vez cuente con una pensión, una fuente directa de ingresos y/o indemnización sustitutiva de pensión, para que COMBARRANQUILLA realice los ajustes y trámites respectivos para la suspensión del beneficio del subsidio de desempleo en cumplimiento al Artículo 2.2.6.1.3.11 del Decreto 1072 de 2015. En caso de no informar a tiempo **ME COMPROMETO** a reintegrar por los medios dispuestos por la Caja, las sumas indebidamente percibidas, por conceptos de "Transferencia Económica", y, "Aportes al Sistema de Seguridad Social (Salud y Pensión)" más los intereses; sumado a los costos de las acciones penales a que haya lugar. Por lo anterior, en el evento de que estos recursos no sean reintegrados, el presente documento se constituirá como un título valor y prestará mérito ejecutivo ante la autoridad judicial competente.

3 **ME COMPROMETO** Que, una vez inicie mi proceso administrativo en función del reconocimiento para la obtención de mi pensión ante el sistema de general de pensiones, y este realice el reconocimiento retroactivamente coincidiendo con los mismos periodos asignados por el Mecanismo de Protección al Cesante, devolveré a la CAJA DE COMPENSACION COMBARRANQUILLA las sumas correspondientes a las prestaciones económicas asignadas.

4 **ME COMPROMETO:** A asistir de manera obligatoria y oportuna a los procesos de seguimiento notificados y cumplir con la ruta de empleabilidad (entrevista de orientación laboral, talleres y capacitaciones) direccionadas por la Agencia de Empleo de COMBARRANQUILLA, como requisito para acceder a los beneficios del subsidio de desempleo de la Caja de Compensación Familiar COMBARRANQUILLA, contrario a esto a la falla o inasistencia no justificada, será causal de la pérdida inmediata del subsidio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 13 de la Ley 1636.

5 **ME COMPROMETO:** Que desde el momento de la postulación hasta la finalización del beneficio no puedo realizar aportes al sistema general de seguridad social. Por lo tanto, es mi obligación y responsabilidad informa a COMBARRANQUILLA de manera inmediata una vez consiga empleo, una fuente de ingresos, afiliación al Sistema de Seguridad Social, y/o una pensión de vejez, invalidez o sobrevivencia, en cumplimiento al Artículo 2.2.6.1.3.11 del Decreto 1072 de 2015, la omisión de mi obligación so pena de la pérdida del beneficio y la obligación de devolver a través de un proceso de recobro por parte de la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMBARRANQUILLA las sumas indebidamente percibidas, más sus intereses, sumado a las acciones penales a que haya lugar. Así mismo al momento de recibir el beneficio del subsidio al desempleo Fosfec, realizaré el trámite de mi afiliación a la EPS como independiente (Cotizante 52) perteneciente al subsidio del desempleo.

- 6 **COMPRENDO:** Que el pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones se realizará sobre un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMMLV) y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto 1273 de 2018, el pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores independientes se realiza mes vencido, y serán pagados hasta por un máximo de seis (6) meses, conforme a la normatividad aplicable al Mecanismo de Protección al Cesante – FOSFEC. La transferencia económica se calcula sobre un ingreso base equivalente a 1.5 SMMLV y se paga hasta por cuatro (4) cuotas de carácter decreciente, aplicable únicamente para los postulantes clasificados en las categorías A y B. Entiendo que, en caso de no ser cobradas dentro de un plazo máximo de cuatro (4) meses, dichas transferencias serán reintegradas al FOSFEC, conforme a lo establecido en el artículo 7 de la Ley 2225 de 2022. En relación con la asignación de las transferencias económicas, estas se otorgan de la siguiente manera: 40 % de la transferencia económica: asignada en mes anticipado, el 30 %, 20 % y 10 %: asignadas mes vencido, conjuntamente con el pago de las cotizaciones a Salud y Pensión, a continuación, se detalla los valores por cada mes así:
- Mes 1: 40% \$1.050.543
Mes 2: 30% \$ 787.907
Mes 3: 20% \$ 525.272
Mes 4: 10% \$ 262.636
- 7 **COMPRENDO:** Que el recibo de los documentos de la postulación al Mecanismo de Protección al Cesante no implica aprobación del beneficio y está sujeto a al cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 2225 del 2022 y ley 1636 2013, a los cruces de información y mallas de validación y a la disponibilidad de recurso por parte de la Caja de Compensación y la asignación será en orden secuencial al recibido de los formularios.
- 8 **AUTORIZO:** Expresamente a COMBARRANQUILLA para que, en caso de que me encuentre recibiendo el pago del Subsidio de Desempleo FOSFEC y adquiera una nueva relación laboral, estando afiliado(a) a esta misma Caja de Compensación, y no informe oportunamente dicha novedad, percibiendo de esta manera un doble pago del subsidio, pueda descontar del pago del subsidio familiar las sumas recibidas indebidamente por concepto de Subsidio de Desempleo, correspondientes a Salud, Pensión y Transferencia Económica. Así mismo, en caso de contar con saldo disponible en mi Tarjeta Multipago, autorizo a COMBARRANQUILLA a reversar dicho saldo para que sea abonado a la deuda correspondiente. En el evento de no contar con cuotas monetarias suficientes para cubrir el valor adeudado, me comprometo a suscribir y cumplir un acuerdo de pago, realizando las cuotas debidamente pactadas con COMBARRANQUILLA.
- 9 **ME COMPROMETO:** A informar a COMBARRANQUILLA, cualquier novedad que se presente durante el tiempo que ostente tal calidad, so pena de incurrir en sanciones económicas y/o penales (Artículo 14 Ley 1636 de 2013), es decir en caso de conseguir empleo, o recibir ingresos debo notificar a la Caja de Compensación Familiar de Barranquilla, COMBARRANQUILLA para que me realice los ajustes y trámites respectivos. Ley 2225 Parágrafo 3. Para los casos dispuestos en el literal a y b quienes reciban los beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) perderán el beneficio y deberán devolver las sumas de las transferencias económicas consignadas y los aportes hechos al Sistema General de Seguridad Social, más sus intereses, sumado a las acciones penales a que haya lugar.
- 10 **ME COMPROMETO:** a reportar oportunamente a COMBARRANQUILLA cualquier fuente de ingresos que llegue a percibir y/o el reconocimiento o pago de una pensión de vejez, invalidez o sobrevivencia o indemnización en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.6.1.3.11 del Decreto 1072 de 2015. Entiendo y acepto que el incumplimiento de este, es decir, la falta de aviso oportuno dará lugar a un proceso de recobro por parte de la Caja de Compensación Familiar COMBARRANQUILLA por los valores percibidos indebidamente.
- 11 **AUTORIZO:** El uso de mis datos personales y de contacto para el envío de comunicaciones, información y demás relacionadas con el Mecanismo de Protección al Cesante.

- 12 **ME COMPROMETO:** a mantener actualizada mi información de contacto, entendiendo que las notificaciones relacionadas con el Subsidio de Desempleo serán enviadas por correo electrónico y/o mensajes de texto (SMS), como medios oficiales de comunicación. Reconozco que la falta de actualización de mis datos básicos de contacto podrá afectar la recepción oportuna de dichas notificaciones, sin que ello genere responsabilidad para COMBARRANQUILLA.
- 13 **COMPRENDO:** que las transferencias económicas del Subsidio de Desempleo aplican únicamente para los postulantes clasificados en las categorías A y B. Así mismo, entiendo que los postulantes clasificados en la categoría C, es decir, los afiliados que devengaron más de cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes, no son beneficiarios de la transferencia económica.
- 14 **COMPRENDO:** Que la información de cuenta de ahorros debe estar a mi nombre de lo contrario la transferencia NO será aprobada, hasta tanto suministre la información correcta.
- 15 **COMPRENDO:** Que los efectos consagrados en las normas que contempla el Mecanismo de Protección al Cesante, dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1636 de 2013 modificada por la Ley 2225 del 2022, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, 1072 de 2015 con su reglamentación complementaria Decreto 1493 del 03 de Agosto de 2022 emitido por el Ministerio de Trabajo, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, 1072 de 2015, y demás normas complementarias, y expreso que conozco las consecuencias derivadas al no dar cumplimiento a la normatividad.
- 16 **MANIFIESTO, MANIFIESTO, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** Que COMBARRANQUILLA me proporcionó información clara y relevante para participar en el programa, en la cual se me explicaron de manera suficiente los deberes, derechos, beneficios y los procesos a realizar. En consecuencia, manifiesto que conozco plenamente mis deberes y derechos frente a los beneficios económicos de Salud, Pensión y Transferencia Económica, otorgados por el Fondo de Solidaridad de Fomento y Protección al Cesante (FOSFEC), y me comprometo a cumplir con lo dispuesto en el presente documento.

Firma del Postulante: _____

C.C. del Postulante: _____

Ciudad y fecha de diligenciamiento: _____