

	<p style="text-align: center;">MANIFESTACIÓN ESCRITA DE CONOCER DEBERES Y DERECHOS FRENTE AL PROGRAMA DEL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE.</p>	<p>Fecha de Vigencia: AGOSTO 2022</p>
--	---	---

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANQUILLA - "COMBARRANQUILLA"

YO: _____ En mi calidad de postulante al esquema de beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante, manifiesto conocer mis deberes y derechos frente a los beneficios económicos de Salud, Pensión, Transferencia Económica, otorgados por el Fondo de Solidaridad de fomento y Protección al Cesante (FOSFEC), me comprometo a cumplir con los deberes y declaraciones expuestos en el presente documento

1. **MANIFIESTO, BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO** que **NO** recibo pensión de vejez, invalidez o 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 y/o una fuente directa de ingresos, 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 merito ejecutivo ante la autoridad judicial competente.
2. **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.
3. **ME COMPROMETO:** Que desde el momento de la postulación hasta la aprobación 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.
4. **ME COMPROMETO:** Que 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
5. **COMPRENDO:** Que el Pago de la cotización al Sistema de Seguridad Social, en Salud y Pensiones sobre un (1) SMMLV y una transferencia económica que se calcula sobre 1.5 SMMLV que serán pagados hasta por cuatro (4) cuotas decrecientes (las transferencias económicas aplican para la categoría a y b) y de no ser cobradas en 4 meses estos recursos serán reintegrados al Fosfec tal como lo establece el artículo 7 de la ley 2225 del 2022, a continuación, se detalla los valores por cada mes.
 - Mes 1: 40% de 1.5 salarios mínimos mensuales legales vigentes \$ 854.100
 - Mes 2: 30% de 1.5 salarios mínimos mensuales legales vigentes \$ 640.575
 - Mes 3: 20% de 1.5 salarios mínimos mensuales legales vigentes \$ 427.050
 - Mes 4: 10% de 1.5 salarios mínimos mensuales legales vigentes \$ 213.525
6. **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

	MANIFESTACIÓN ESCRITA DE CONOCER DEBERES Y DERECHOS FRENTE AL PROGRAMA DEL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE.	Fecha de Vigencia: AGOSTO 2022
--	---	---

7. **COMPRENDO:** Que, de acuerdo artículo 1º del decreto 1273 de 2018, que se transcribe textualmente: "El pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores independientes se efectuará mes vencido.

8. **ME COMPROMETO:** Que en caso de estar recibiendo el pago del Subsidio de Desempleo FOSFEC, y adquiera una nueva relación laboral, encontrándome afiliado a esta misma Caja y no dé aviso oportuno de esta novedad, percibiendo doble pago del subsidio, AUTORIZO a COMBARRANQUILLA, para que me descuente del pago del subsidio familiar, las cuotas que haya recibido por subsidio al desempleo, tales como Salud, Pensión y Transferencia Económica. En caso de no contar con cuotas monetarias para tal fin procederé a realizar acuerdo de pago cumpliendo con 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 2.013), 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 si percibo cualquier fuente de ingresos y/o una pensión de vejez, invalidez o sobrevivencia en cumplimiento al Artículo 2.2.6.1.3.11 del Decreto 1072 de 2015, entendiendo que el no aviso oportuno ocasionará un proceso de recobro por parte de la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMBARRANQUILLA.

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:** Que las notificaciones con relación a el subsidio de desempleo se envían vía correo electrónico y/o mensajes de texto, por lo tanto, debo mantener actualizada mi información de datos básicos de contacto.

13. **COMPRENDO:** Que las Asignaciones (mes en que se empieza a reconocer el pago del beneficio) se realiza mes vencido

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, BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO** que COMBARRANQUILLA, me proporcionó información relevante para participar en el programa, donde me explicaron los deberes, derechos y los beneficios a los que podía acceder y los procesos que debo realizar.

Firma del Postulante: _____

C.C. del Postulante: _____

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____