

## CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACÁ “COMFABOY”

### MANIFESTACIÓN ESCRITA DE CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES FRENTE AL PROGRAMA MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE (MPC) – FOSFEC Y BENEFICIO ECONÓMICOS.

LUGAR \_\_\_\_\_  
AÑO \_\_\_\_\_

DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ Identificado(a) con el número de cédula como aparece al pie de mi firma; 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 y me comprometo a cumplir con los deberes expuestos, así:

1. MANIFIESTO, que COMFABOY me proporcionó información relevante para acceder al programa, donde me explicaron los beneficios a los que podía acceder y los procesos que debo realizar.
2. **Artículo 13 Ley 1636 de 2013 Requisitos para acceder a los beneficios. Y artículo 7 ley 2225 de 2022 Prohibición de recibir los beneficios con cargo a FOSFEC**

***Parágrafo: No podrán recibir beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante los trabajadores cesantes que, habiendo terminado una relación laboral, mantengan otra(s) vigente(s) o haya(n) percibidos beneficios del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante, durante seis (6) meses continuos o discontinuos en los últimos tres años.***

**“De acuerdo al artículo anterior CONOZCO que la vinculación al programa y beneficios de FOSFEC, está dirigido condicionado a que me encuentre cesante, y que en el momento de que cambie esta condición a trabajador activo, es mi obligación informar por escrito a Comfaboy para suspender los beneficios económicos máximo dentro de los cinco (5) días siguientes de haber empezado a laborar para no hacer reintegro de estos dineros correspondientes a transferencia económica y los aportes hecho a seguridad social más sus intereses de mora por presentar incumplimiento.**

3. En caso de tener que reintegrar estos beneficios económicos, autorizo explícitamente a la Caja de Compensación Familiar Comfaboy, descontar de las cuotas monetarias percibidas como trabajador activo, en periodos mensuales hasta cancelar el valor total del reintegro, **por recibir beneficios sin cumplir requisitos del Artículo 13 Ley 1636 de 2013 y artículo 7 ley 2225 de 2022.**
4. CUMPLIR con las condiciones que se definan en mi ruta de empleo, en cuanto a la asistencia y cumplimiento del proceso de capacitación y acceso a los servicios que sean definidos de acuerdo a mi perfil laboral.
5. ME COMPROMETO a asistir de manera oportuna a los procesos de seguimiento notificados por la Agencia de Gestión y Colocación de Empleo de COMFABOY.
6. ME COMPROMETO a realizar y legalizar mi afiliación tipo 52 en la E.P.S. de la cual he presentado certificado de afiliación, para lo cual debo solicitar y entregar planilla de pago (PILA) entregada por Comfaboy junto con la carta de notificación de

aprobación de estos beneficios; así mismo tomar los servicios de salud durante el tiempo y condición de beneficiario del M.P.C.

7. AUTORIZO expresamente de manera libre, espontánea, previa y debidamente informada; a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY", para que dentro del desarrollo del programa FOSFEC del cual soy beneficiario pueda compartir, consultar y validar con terceros toda información que he suministrado a COMFABOY.
8. Así mismo, autorizo a COMFABOY, de manera voluntaria, previa y explícita para que pueda procesar, recolectar, almacenar, suministrar y disponer de los datos que he suministrado para realizar actividades de cruce de información de datos; autorizando se me envíe comunicaciones y mensajes usando mis datos de contacto y medios tecnológicos como son: N° de teléfono móvil, correo electrónico, Twitter, Facebook, dirección de correspondencia, teléfonos fijos o cualquier otro tipo de comunicación que permita la tecnología.

Atentamente,

HUELLA DIGITAL

Nombre del Postulante: \_\_\_\_\_

N° de Cédula: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

