

## 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 \_\_\_\_\_

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

AÑO \_\_\_\_\_

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, en constancia **MANIFIESTO**:

1. 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. **Que conozco y entiendo lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1636 de 2013 Requisitos para acceder a los beneficios en concordancia con dispuesto en el art. 53 del decreto 2852 de 2013 a través del cual se establecen las Reglas para el pago de los beneficios Y artículo 10 de la ley 2225 de 2022 que adiciono lo dispuesto en el art. 13 de la ley 1636/2013.**

1. *Que su situación laboral haya terminado por cualquier causa o, en el caso de ser independiente su contrato haya cumplido con el plazo de duración pactado y no cuente con ningún otro, o no cuente con ninguna fuente de ingresos.*
2. *Que hayan realizado aportes un año continuo o discontinuo a una Caja de Compensación Familiar durante los últimos tres (3) años para dependientes y dos años continuos o discontinuos en los últimos tres (3) años para independientes.*
3. *Inscribirse en cualquiera de los servicios de empleo autorizados, pertenecientes a la Red de Servicios de Empleo y desarrollar la ruta hacia la búsqueda de empleo.*
4. *Estar inscrito en programas de capacitación en los términos dispuestos por la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.*
5. *Adicionalmente, si ha realizado un ahorro al mecanismo de protección al cesante por un mínimo del 10% del promedio del salario mensual durante el último año para todos los trabajadores que devengan hasta dos (2) smmlv, y mínimo del 25% del promedio del salario mensual durante el último año, si el trabajador devenga más de 2 smmlv podrá acceder al beneficio monetario de que trata el artículo 12 de la presente ley.*

**PARÁGRAFO 1o.** *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) percibido, 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.*

**PARÁGRAFO 2o.** *Quienes no cumplan con la totalidad de los requisitos, pero se encuentren afiliados al Mecanismo de Protección al Cesante siempre podrán acceder a la información de vacantes laborales suministrada por el servicio público de empleo.*

**PARÁGRAFO 3o.** *El Ministerio del Trabajo reglamentará la forma como los independientes deben demostrar las condiciones del inciso 1o.*

**PARÁGRAFO 4o.** *<Parágrafo adicionado por el artículo 10 de la Ley 2225 de 2022. El nuevo texto es el siguiente:> Sin perjuicio de lo establecido en el presente artículo, las Cajas de Compensación Familiar podrán prestar servicios de gestión y colocación de empleo, a toda la población que se encuentre desempleada, y que no cumpla con los requisitos para acceder a los beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante, siempre y cuando para tal fin no se destinen recursos con cargo al FOSFEC adicionales a los que se dispongan para la población beneficiaria.*

**3. Que conozco y entiendo lo establecido en el Artículo 14 de la ley 1636 de 2013, causales para la PÉRDIDA DEL DERECHO A LOS BENEFICIOS, en concordancia con dispuesto en el art. 54 y 55 del decreto 2852 de 2013 a través del cual se establecen las causas para la pérdida o cesación de los beneficios Y artículo 7 de la ley 2225 de 2022 Prohibición de recibir los beneficios con cargo a FOSFEC**

*No podrán recibir beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC):*

*a. Los trabajadores cesantes que, luego de terminar 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 (3) años.*

*b. Quienes obtuvieren mediante simulación o engaño algún tipo de beneficio del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), previa comprobación de tal situación o través de sentencia judicial proferida por la autoridad competente. La Caja de Compensación Familiar que tenga conocimiento de tal hecho compulsará Copias a la autoridad competente para que adelante la respectiva investigación.*

*c. Los trabajadores cesantes a quienes se les haya asignado y girado estos beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), y que la transferencia económica no sea cobrada en el término de cuatro (4) meses. será reintegrada al FOSFEC.*

*PARÁGRAFO 1. Los beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante -FOSFEC, serán incompatibles con toda actividad remunerada y con el pago de cualquier tipo de pensión.*

*(...)*

*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.*

**4. “De acuerdo al artículo anterior CONOZCO y ENTIENDO 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 en alguna de sus modalidades o pensionado 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 los dineros correspondientes a trasferencia económica y los aportes realizados a seguridad social más los intereses de mora a partir de la fecha de asignación del beneficio por presentar incumplimiento de condiciones. Los únicos medios autorizados para notificar su nueva condición laboral o de ingreso económico serán: radicación persona en puntos de atención, correo electrónico: [fosfec@comfaboy.com.co](mailto:fosfec@comfaboy.com.co); WhatsApp: 3156619687, 316222576, 3157228188, 3203472134**

**5. En caso de tener que reintegrar estos beneficios económicos, por encontrarme en vigencia de relación laboral 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.****

**6. 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.

**7. ME COMPROMETO** a asistir de manera oportuna a los procesos de seguimiento notificados por la Agencia de Gestión y Colocación de Empleo de COMFABOY.

**8. 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.

**9. 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.

**10.** 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 envíen 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: \_\_\_\_\_

