



F-PYP-231 / V:05 / 06 FEBRERO/2024

LEY 1636 DE 2013 - LEY 2225 DE 2022

Número de Radicación	Fecha de Radicación	Año	Mes	Día	Hora:
----------------------	---------------------	-----	-----	-----	-------

IMPORTANTE: Antes de diligenciar este formato lea cuidadosamente las instrucciones generales y la información anexa.

1. DATOS DEL CESANTE

Tipo de Documento de Identificación del Cesante		C.C.		T.I.		Número	1er. Apellido	2o. Apellido	1er. Nombre	2o. Nombre	
Dirección Residencia:		Barrio:		Ciudad:		Departamento:					
Área geográfica: Urbana ☐ Rural ☐		Teléfono:		Celular:		Correo electrónico:		Profesión:			
Étnia: Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena ☐ Palenquero ☐ Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ Room gitano ☐ No se auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐ No disponible ☐											
Poblaciones: Víctimas del conflicto armado ☐ En condición de desplazamiento ☐ En condición de discapacidad física ☐ Víctimas conflicto armado y condición de desplazamiento ☐ Víctimas conflicto armado y condición de discapacidad física ☐ Víctimas conflicto armado, condición desplazamiento y discapacidad ☐ En condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física ☐ No aplica ☐											
Factor de vulnerabilidad: Damnificado desastre natural ☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(as) de madres cabeza de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población migrante ☐ Población zonas de frontera (Nacionales) ☐ Ejercicio del trabajo sexual ☐ No aplica ☐ No disponible ☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados ☐											
Resguardo Indígena Si ☐ No ☐ Cual: _____					Pueblo Indígena Si No Cual: _____						
¿Cuál fue el último salario devengado? Entre 1 y 2 SMMLV ☐ Entre 2 y 3 SMMLV ☐ Entre 3 y 4 SMMLV ☐ Más de 4 SMMLV ☐					¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar?: Asalariado ☐ Independiente ☐						
¿Ha recibido subsidio al desempleo? Si ☐ Hace cuántos meses? _____ No ☐				¿Cual fue la última Caja a la cual estuvo afiliado?				¿Está inscrito en el Servicio Público de Empleo? Si ☐ No ☐			
¿A qué E.P.S está afiliado actualmente?			¿A qué Administradora de pensiones está afiliado actualmente?				¿A qué fondo de cesantías está afiliado actualmente?				
¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de cesantías? (*) Si ☐ No ☐											
Cuenta Bancaria, para depósito de la transferencia enunciada en la ley 2225 de 2022					Entidad bancaria:			N° Cuenta:		Tipo de Cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐	
Caja de Compensación a la que perteneció en los últimos 3 años:		CCF:		DESDE:		HASTA:		CCF:		DESDE:	HASTA:

2. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Toda la Información aquí suministrada es VERÍDICA. Cumpló con las condiciones para ser beneficiario (a) del Mecanismo de Protección al Cesante y no estoy incurso en las inhabilidades para solicitarlo. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de inexactitud, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley. Manifiesto que estoy en condición de desempleado, carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno, me encuentro disponible para trabajar en forma inmediata, he estado realizando gestiones para la búsqueda de empleo.

Al postularme como independiente al Mecanismo de Protección a Cesante, declaro que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno.

Que no recibo pensión de vejez, invalidez y sobrevivientes.

En caso de iniciar un nuevo vínculo laboral informaré por escrito y de manera inmediata a COMFAORIENTE

En caso de iniciar un nuevo proceso administrativo por el caso y de manera expresa el COMISARIENTE autoriza al indicado en la Ley 1581 de 2012 y el artículo 5° del Decreto 1377 de 2013, autorizo de manera expresa para mantener y manejar toda la información contenida en este formulario a las entidades y autoridades relacionadas con el

Mecanismo de Protección al Cesante Lo anterior con el fin de validar y supervisar los requisitos de acceso a los beneficios propios del Mecanismo

Marque con una (X) la siguiente declaración: ☐ Manifiesto bajo la gravedad de juramento que solo me he postulado a la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano Comfaoiente, para acceder al beneficio de subsidio, siendo conocedor que de no ser así sería causa de pérdida del subsidio.

HUELLA DACTILAR

OBSERVACIONES:

Firma del cesante

Anexos: Certificación de terminación del contrato - Fotocopia documento de identificación - Certificado de inscripción al Servicio Público de Empleo

ES OBLIGACIÓN DEL SOLICITANTE DAR AVISO DE MANERA INMEDIATA, Y POR ESCRITO UNA VEZ CAMBIE SU CONDICIÓN DE CESANTE A TRABAJADOR ACTIVO, ENTENDIENDO QUE EL NO AVISO OPORTUNO DE LA VINCULACIÓN LABORAL ACARREARA PROCESOS DE RECOBRO Y JURÍDICO.

Recepción Formulario único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante

Recibido por
Nombre

Nombre del Postulante:

Firma: _____

Nro. de Radicación

Cantidad de Folios Anexos
 Originales: _____ Copias: _____

VIGILADO SuperSubsidio

	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES		Versión: 02	F-GC-23
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO		Fecha de Aprobación: 08/Oct/2021	
	GESTIÓN DE CALIDAD		Página 1 de 1	

Ciudad: _____ Fecha: _____ Yo, _____, identificado(a) con el documento de identidad _____, No, _____, manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales a la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano COMFAORIENTE, NIT.890.500.675-6, con domicilio en la Avenida 2 Nro 13-75, Teléfono 5748880 Extensión 1051, barrio la Playa de Cúcuta- Colombia, como Responsable del Tratamiento, quien me ha informado lo siguiente:

1. Que tratará mis datos personales suministrados mediante formulario, manual o electrónicamente, para los siguientes fines: a) hacer estudios de mercado, investigaciones, estadísticas, evaluar, realizar campañas de promoción, comercialización y fidelización de los productos, servicios y/o proyectos, y suministrar la información objeto de tratamiento a los terceros que se requieran para efectos de consolidar promocionar, verificar y fidelizar; b) efectuar en general cualquier tratamiento de la información en todo lo relacionado en las diferentes bases de subsidio gestionados y entregados por la COMFAORIENTE; c) realizar trámites ante diferentes entes u organizaciones, en relación con el otorgamiento de subsidio y/o habilitación de condiciones para el acceso a subsidio y/o ser beneficiario de proyectos gestionados por la Caja de Compensación para el cierre de brechas y eliminación de barreras conforme a lo establecido en la Ley 1636 de 2013 ruta de empleabilidad; d) remitir capacitaciones para inserción laboral; para gestión, inscripción, seguimiento de servicios, generación de vacantes y seguimiento a contratados, oferta de procesos empresariales, generación de indicadores; e) utilizar información para estadística y caracterización de población; f) tramitar intervención y respuestas de PQRS; g) envío y realización de encuestas de evaluación y satisfacción; h) para validación de beneficios de subsidio; i) contactar para ampliar información sobre el portafolio de servicios y productos que ofrece la caja, j) para realizar gestión financiera y de cobro de cartera; k) identificar impacto y cobertura de la Caja y entregar a los diferentes entes del Estado la información correspondiente; l) validar y consultar información financiera y crediticia en concordancia con lo establecido en la Ley 1266 de 2008; m) seguimiento al proceso de satisfacción del cliente y planes de mejoramiento; n) entregar y reportar información al DANE; ñ) para dar cumplimiento a los fines del Sistema de Subsidio Familiar en Colombia, conforme a lo establecido en la Ley 21 de 1982 y la Ley 789 de 2002; o) transferencia y transmisión de datos a los distintos entes del Estado por obligación legal o requerimiento expreso; p) entrega de datos a terceros para la realización de encuestas; q) para realizar estudios estadísticos directamente o a través de un tercero; r) enviar información de servicios de la Caja, como son los de Educación, Cultura, Salud, Emprendimiento, Fomento Empresarial, Vivienda, Subsidio, Recreación y Turismo, Crédito Social, Convenios y Descuentos, y los demás que ofrezca; s) dar cumplimiento a la legislación vigente aplicable en materia de educación y demás servicios que ofrece la Caja de Compensación en el marco del Sistema del Subsidio Familiar en Colombia; t) cumplir las interrupciones de las autoridades judiciales y administrativas competentes; u) acceder, consultar, validar a corroborar mis datos personales (privados, semiprivados, sensibles a reservados) que repasen o estén contenidos en base de datos archivos de empresas, o cualquier Entidad Pública o Privada ya sea nacional, internacional, ubicado en Colombia o cualquier otro país, a quien autorizo suministren mis datos personales o se efectúe la transferencia y/o transmisión nacional o internacional necesaria según sea el caso, para que realice el tratamiento en nombre de COMFAORIENTE; v) suministrar, compartir o entregar mis datos personales a sus empresas filiales, subsidiaria, vinculadas y ubicadas en Colombia o en cualquier otro país. En este último caso, autorizo explícita e inequívocamente la transmisión y/o transferencia internacional de datos que sea necesaria para dicho efecto; w) enviar mi información, en caso de que sea necesario o pertinente, a los servicios a centros de datos (Data Centers) de COMFAORIENTE ubicados fuera del país para los fines del tratamiento autorizado a para propósitos de almacenamiento y/o eventuales servicios de hosting o cloud computing (computación en la nube) que COMFAORIENTE contrate a requiera; x) dar cumplimiento a normas y autoridades locales, extranjeras o internacionales.

2. Dentro de los datos que proporcione a COMFAORIENTE se encuentran datos sensibles como huellas dactilares, firmas, fotos y video que permiten identificarme o ubicarme, y que son de facultativo suministro. Mis datos sensibles pueden ser tratadas por fines de seguridad, validación de información y como sistema de identificación biométrica.

3. En mi condición de titular de los datos personales propios y como autorizado para suministrar los datos de mi núcleo familiar, tengo los siguientes derechos: a) conocer, actualizar y rectificar mis datos personales y de mi familia frente al Responsable o Encargado del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer; frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, a aquellos cuyo Tratamiento este expresamente prohibido o no haya sido autorizado; para hacer consultas, o reclamos por protección de datos personales se debe diligenciar el formulario disponible en la página web de COMFAORIENTE: <https://comfaorientes.com/formulario-de-consultas-y-reclamos-por-proteccion-de-datos-personales/>; b) solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento; c) ser informado por el Responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a mis datos personales; d) Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio ; e) revocar mi autorización y/o solicitar la supresión de datos cuando ello sea procedente. Derechos que puedo ejercer a través de los canales de comunicación disponibles en <https://comfaorientes.com/proteccion-de-datos-personales-comfaorientes/> a través del correo electrónico: protecciondedatos@comfaorientes.com.

Adicionalmente, manifiesto que COMFAORIENTE ha puesto en mi conocimiento su Política para la administración de datos personales, y a través de ella también me ha informado las finalidades para las cuales serán tratados mis datos personales, la cual está disponible <https://comfaorientes.com/proteccion-de-datos-personales-comfaorientes/>. Declaro que me comprometo a leer, respetar y aplicar dicha política.

La autorización conferida a COMFAORIENTE se comprende la información que suministro verbalmente, por escrito, firmas, huellas, foto o video, así como la información de menores de edad (niños, niñas y adolescentes) a quien represento legalmente y se extiende por el tiempo que sea necesario para alcanzar las finalidades informadas o el máximo legal permitido.

En caso de ser necesario para cumplir las finalidades autorizadas o para procesos de cloud computing o big data, autorizo que los datos personales suministrados sean transferidos y/o tramitados a cualquier país del mundo bajo medidas idóneas que garanticen el ejercicio de mis derechos y el cumplimiento de los principios de la protección de datos (artículo 4 de la ley 1581 de 2012).

He leído, he sido informado y autorizo todo lo anterior.

FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS:

TIPO DE DOCUMENTO:

CC CE PA PEP

NUMERO DE DOCUMENTO

HUELLA

COPIA CONTROLADA

	RECONOCIMIENTO SUBSIDIO AL DESEMPLEO	Versión 03	F-PYP-276
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	Fecha de aprobación: 25/Jul/2024	
	PLANEACIÓN Y PROYECTOS	Página 1 de 1	

COMO POSTULANTE DEL SUBSIDIO AL DESEMPLEO FOSFEC

- Manifiesto que tengo conocimiento, que los beneficios a los que me postulo son: Aportes a seguridad social EPS (salud) y AFP (Pensión), transferencia económica (categoría A y B).
- Desde el momento que realizo la postulación, me comprometo a informar de manera inmediata y por escrito, una vez cambie mi condición de cesante a trabajador activo o perciba una pensión de vejez, invalidez o sobrevivencia, entendiendo que el no aviso oportuno de la vinculación laboral acarreará procesos de recobro y sanciones penales.
- En el momento que salga beneficiario del subsidio al desempleo, realizaré la afiliación ante la EPS en el Régimen CONTRIBUTIVO como beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante FOSFEC y entregaré el formulario de afiliación o certificación emitida por la respectiva EPS en las oficinas del Mecanismo de Protección al Cesante.
- Me comprometo, a acceder a la capacitación ofrecida por la Caja de Compensación, a través de la Institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano ComfaOriente, entendiendo que la no asistencia a los programas de capacitación es causal para la pérdida de los beneficios. *Ley 1636, Art. 13, Inciso 4. Estar inscrito en programas de capacitación en los términos dispuestos por la reglamentación que expida el gobierno nacional. Decreto 2852 de 2013, Art.55. Pérdida de las prestaciones. De conformidad con lo dispuesto en la Ley 1636 de 2013. Inciso d. Descarten o no culminen el proceso de formación para adecuar sus competencias básicas y laborales específicas, al cual se hayan inscrito conforme a la ruta de empleabilidad, excepto en casos de fuerza mayor. Inciso e. Asistan al menos del (80%) de las horas de capacitación definidas en la ruta de empleabilidad”.*

Nombre Postulante: _____

Documento de identificación: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Huella:



	PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES BENEFICIOS SUBSIDIO DEL DESEMPLEO	Versión: 00	F-PYP-330
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	Fecha de Aprobación: 22/May/2026	
	PLANEACIÓN Y PROYECTOS	Página 1 de 4	

**PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES BENEFICIOS DEL SUBSIDIO DE DESEMPLEO
DEL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE - FOSFEC**

_____, mayor de edad, vecino (a) de la ciudad de _____, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, obrando en nombre propio, por medio del presente instrumento declaro que: **PRIMERO:** OBJETO: En virtud del presente título valor, debo y me obligo a pagar, incondicional e indivisiblemente a la orden de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO - COMFAORIENTE, o a quien represente sus derechos o al tenedor legítimo del presente título valor, la suma de: _____ (\$ _____) en el evento en que ocurra alguna de las causales para la pérdida o prohibición de los beneficios económicos del Mecanismo de Protección al Cesante (MPC) contempladas en los artículos 14 y 15 de la Ley 1636 de 2013 modificada por la Ley 2225 de 2022 y su Decreto reglamentario 1493 de 2022 y el artículo 2.2.6.1.3.11. del Decreto 1072 de 2015, y pese a ello continúe percibiendo por cualquier causa, beneficios por parte del MPC administrado por la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - COMFAORIENTE, tales como aportes al Sistema de Seguridad Social en salud y pensión, transferencia económica y demás beneficios contemplados en la normatividad aplicable, estos se entenderán recibidos sin derecho por perder mi condición de cesante, originándose la obligación de reintegrarlos en los términos del presente título valor, suma que será cancelada a través de los medios o mecanismos digitales, o en sus oficinas ubicadas en la avenida 2 No. 13-75 barrio La Paya, ciudad de Cúcuta, o en el lugar que para tal efecto indique el acreedor. **SEGUNDO:** PLAZO E INTERESES: Me obligo a pagar la suma indicada en la cláusula anterior en la fecha _____. reconociendo los intereses previstos en el parágrafo 3 del artículo 7 de la Ley 2225 de 2022, para lo cual se fija una tasa del 6% anual, conforme a lo dispuesto en el Artículo 1617 del código Civil Colombiano por remisión normativa. Los intereses se causarán desde el momento en que se haya configurado la causal legal para la pérdida o cese del pago de los beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante hasta la fecha de devolución total efectiva de la suma adeudada. **TERCERO:** RENUNCIA: El (La) suscrito (a) renuncia de manera expresa a la exhibición del título para el pago, al aviso de rechazo, al protesto y a los requerimientos para constitución en mora. **CUARTO:** ACUERDOS DE PAGO: La concesión de prórroga o ampliación de plazo otorgado para el pago de las sumas por mi adeudadas, así como la suscripción de acuerdos de pago, financiación o la convención en otra garantía, no constituyen novación de la obligación, ni implicará la extinción, modificación o liberación principal. En consecuencias continúa vigente el pago íntegro de las sumas adeudadas, así como la vigencia y exigibilidad de las garantías constituidas a favor de la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano ComfaOriente **QUINTO:** MÉRITO EJECUTIVO: Con la firma del presente título declaro que conozco y acepto que el mismo presta mérito ejecutivo, en tanto continúe la obligación clara, expresa y exigible a favor del Mecanismo de Protección al Cesante, de conformidad con la normatividad aplicable. **SEXTA:** AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR COMPENSACIONES: Autorizo de manera expresa, concreta, suficiente, voluntaria, informada e irrevocable a la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano ComfaOriente o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, para compensar las sumas de dinero adeudadas objeto del presente pagaré con cualquier otra suma que ComfaOriente deba de reconocer al deudor por cualquier concepto, inclusive esta autorización comprenderá igualmente la cuota monetaria si a ella hubiere lugar. **PARÁGRAFO:** La presente autorización incluye, de manera expresa, la facultad de compensar tales sumas con la cuota monetaria del subsidio familiar, de conformidad con el artículo 4 de la Ley 21 de 1982, siempre que se configure una obligación cierta, exigible y previamente determinada. La compensación se aplicará exclusivamente hasta concurrencia del monto efectivamente adeudado. **SÉPTIMA:** AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS EN LAS CENTRALES DE RIESGOS: Autorizo de manera expresa, concreta, suficiente, voluntaria, informada e irrevocable a la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano ComfaOriente o a quien

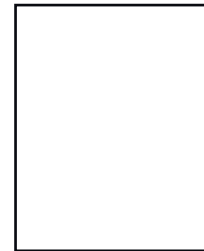
	PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES BENEFICIOS SUBSIDIO DEL DESEMPLEO	Versión: 00	F-PYP-330
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	Fecha de Aprobación: 22/May/2026	
	PLANEACIÓN Y PROYECTOS	Página 2 de 4	

represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor a capturar, tratar procesar, operar, verificar, transmitir, transferir, usar, poner en circulación, consultar, divulgar, reportar y solicitar toda la información que se refiere a mi comportamiento e historial crediticio, financiero, comercial y de servicios, referida al nacimiento, ejecución y extinción de obligaciones dinerarias, incluida la información positiva y negativa de mis hábitos de pago, para que dicha información sea consultada y reportada en cualquier CENTRAL DEL RIESGOS o BASE DE DATOS. **OCTAVA:** RESPONSABILIDAD LEGAL POR INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS: El (La) suscrito (a) acepta que en caso de que se llegue a identificar el incumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente del Mecanismo de Protección al Cesante, esto es la Ley 1636 de 2013 modificada por la Ley 2225 de 2022 y el Decreto 1072 de 2015, y demás normas concordantes, la Caja de Compensación podrá iniciar las acciones legales a que haya lugar para la respectiva restitución del dinero. Para constancia se firma en la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ del año _____

Nombre del Cesante: _____

Documento de identidad: _____

Firma: _____



Huella

	PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES BENEFICIOS SUBSIDIO DEL DESEMPLEO	Versión: 00	F-PYP-330
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	Fecha de Aprobación: 22/May/2026	
	PLANEACIÓN Y PROYECTOS	Página 3 de 4	

CARTA DE INSTRUCCIONES

_____, mayor de edad, vecino (a) de la ciudad de _____, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma y de conformidad con la facultad consagrada en el artículo 622 de Código de Comercio y las normas que lo adicionen o modifiquen, por medio del presente instrumento manifiesto que autorizo expresamente a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE, o a quien represente sus derechos o al legítimo tenedor del presente título valor, para que de manera expresa e irrevocable, proceda a diligenciar el pagaré a la orden con espacios en blanco, el cual he otorgado a favor de COMFAORIENTE de conformidad con las siguientes instrucciones: **CUANTÍA:** El monto será igual al valor de los beneficios otorgados con cargo al Mecanismo de Protección al Cesante (aportes a salud y pensión, transferencias económicas y demás beneficios contemplados por la ley), que hayan sido pagados directa o indirectamente a mi favor, a partir de la fecha en que legalmente haya cesado el derecho a percibirlos o se haya configurado la causal legal para la pérdida de los mismos y la obligación de reintegro. **PLAZO:** El espacio correspondiente al plazo será diligenciado con la fecha en la cual COMFAORIENTE complete el presente título valor, una vez se haya verificado y determinado la configuración de la causal legal que da lugar a la pérdida o suspensión de los beneficios, de conformidad con la normatividad aplicable. **CIRCUNSTANCIAS QUE FACULTAN PARA LLENAR EL TÍTULO:** Los espacios en blanco se llenarán conforme a la presente carta de instrucciones siempre que COMFAORIENTE haya verificado y determinado previamente la ocurrencia de cualquiera de las causales para la **pérdida de las prestaciones económicas** de conformidad con el ARTÍCULO 2.2.6.1.3.11. del Decreto 1072 de 2015 y la Ley 1636 de 2013, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan:

1. No acudan a los servicios de colocación ofrecidos por el Servicio Público de Empleo, en este caso, la Agencia de Gestión y Colocación de Empleo de ComfaOriente en las condiciones establecidas en la norma.
2. Incumplan, sin causa justificada, con los trámites exigidos por el Servicio Público de Empleo, en este caso, la Agencia de Gestión y Colocación de Empleo de ComfaOriente y con los requisitos para participar en el proceso de selección por parte de los empleadores a los que hayan sido remitidos por este.
3. Rechacen, sin causa justificada, la ocupación que le ofrezca el Servicio Público de Empleo, siempre y cuando ella le permita ganar una remuneración igual o superior al 80% de la última devengada y no se deterioren las condiciones del empleo anterior. Entiéndase por deterioro en las condiciones del empleo solamente las circunstancias de demérito en relación con el domicilio del trabajo y la relación de la nueva labor con el perfil ocupacional del postulante, lo cual debe ser justificado por este y validado por la Caja de Compensación Familiar.
4. 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.
5. Asistan a menos del ochenta por ciento (80%) de las horas de capacitación definidas en la ruta de empleabilidad.
6. Perciban efectivamente una pensión de vejez, invalidez o sobrevivientes.
7. Obtengan una fuente directa de ingresos o realicen una actividad remunerada.

De igual manera, se perderán los beneficios si se identifican fuentes directas de ingresos tales como honorarios profesionales.

	PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES BENEFICIOS SUBSIDIO DEL DESEMPLEO	Versión: 00	F-PYP-330
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	Fecha de Aprobación: 22/May/2026	
	PLANEACIÓN Y PROYECTOS	Página 4 de 4	

En este caso, será responsabilidad exclusiva del cesante informar a COMFAORIENTE acerca de esta novedad, so pena de la pérdida del beneficio y la obligación de devolver lo pagado de manera indebida, sin perjuicio de la responsabilidad penal y civil que con ocasión de dicha omisión esté prevista en el ordenamiento.

Además de las anteriores, lo definido en el parágrafo del ARTÍCULO 2.2.6.1.3.10 del Decreto 1072 de 2015, “*Improcedencia de las prestaciones del Mecanismo de Protección al Cesante*”, **en todo caso, 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.**”

Conforme a lo expuesto en el parágrafo del artículo 14 de la Ley 1636 de 2013, las personas que obtuvieron mediante simulación o engaño algún tipo de beneficio del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante, serán sancionadas de acuerdo a la legislación penal vigente. Igual sanción será aplicable a quienes faciliten los medios para la comisión de tal delito. Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de restituir al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante las sumas indebidamente percibidas.

El valor de la transferencia económica deberá devolverse en su totalidad, independiente del número de días en que se encuentre duplicidad con los días laborados por ingreso al mercado laboral o identificación de una fuente de ingreso, así como el valor del aporte correspondiente a salud y pensión. Teniendo en cuenta que conforme a la Ley 2225 de 2022, la Caja de Compensación realiza el pago de la cotización al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones sobre un (1) SMMLV para la fecha de otorgamiento de los beneficios, es decir, el 12.5% para salud y el 16% para pensión, se calcularán intereses correspondientes a la tasa legal del 6% anual conforme al Código Civil Colombiano en su artículo 1617. Estos intereses se tasarán desde la fecha de ingreso al mercado laboral hasta el momento en que se efectúe la devolución de los recursos.

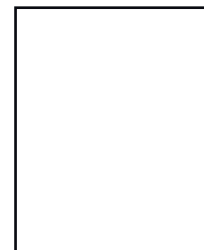
INCORPORACIÓN DEL PAGARÉ: Hace parte del presente documento el pagaré en blanco arriba enunciado, el cual declara haber recibido de COMFAORIENTE, comprometiéndose a custodiarlo y a utilizarlo conforme a lo aquí dispuesto. COMFAORIENTE queda plenamente autorizado y con facultades amplias y suficientes para llenar el pagaré conforme a las instrucciones aquí contenidas, sin necesidad de aviso previo, una vez se verifiquen las condiciones que dan lugar a su llenado, sin que el (la) suscriptor(a) pueda alegar falta de autorización o desconocimiento al respecto. Las instrucciones y demás autorizaciones que por medio de esta carta haya sido dadas a COMFAORIENTE, se entienden de igual manera otorgadas al tenedor legítimo del pagaré o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor del crédito. Declaro, además, que conozco el contenido íntegro del pagaré, de la presente carta de instrucciones y de la normatividad y reglamentación aplicable a los beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante, los cuales acepto en su totalidad y sin reservas.

Para constancia se firma en la ciudad de _____ a los _____ del mes _____ del año _____

Nombre del Cesante: _____

Documento de identidad: _____

Firma: _____



Huella

Vigilado Supersubsidio