Fecha de postulación* (DD/MM/AAAA) _____	Fecha en que el postulante presenta la postulación ante la CCF.

Diligencie únicamente la información solicitada. Los campos marcados con * son obligatorios. La CCF verificará de oficio los requisitos mediante las fuentes y mecanismos habilitados para la medida.

A. RADICACIÓN — USO EXCLUSIVO DE LA CCF

Número de radicación _____	Fecha de ingreso a registro de beneficiarios _____	Hora _____	Canal de recepción _____

B. IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE

Tipo de documento* ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.P.T. ☐ P.A. ☐ Otro: _____	Número de documento* _____	Primer apellido* _____	Segundo apellido _____
Primer nombre* _____	Segundo nombre _____	Fecha de nacimiento* (DD/MM/AAAA) _____ Dirección de residencia* _____	
Teléfono, celular u otro medio de contacto* _____ Departamento de residencia* _____		Correo electrónico (si dispone) _____ Municipio de residencia* _____	

C. INFORMACIÓN PARA LA POSTULACIÓN

Calidad en la que se postula* ☐ Trabajador dependiente cesante ☐ Trabajador independiente cesante	Última CCF a la que realizó un aporte válido* _____
Municipio asociado a su condición de persona damnificada* _____	Canal preferido para recibir comunicaciones* ☐ Llamada / mensaje ☐ Correo electrónico ☐ Otro: _____
Fecha de terminación de la relación laboral o de cese de actividad* (DD/MM/AAAA) _____	Documento que acredita la condición de damnificado* ☐ Constancia/certificado RUD ☐ Certificado UNGRD
Formularios que integran la postulación* ☐ Formulario 2, diligenciado y firmado. ☐ Formulario 3, diligenciado y firmado.	

Vigilado Supersubsidio

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFAORIENTE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO
COPIA CONTROLADA

D. INFORMACIÓN PARA EL GIRO

Medio preferido para recibir la TEE* ☐ Abono a cuenta o producto financiero a mi nombre ☐ Giro por ventanilla u otro medio habilitado por la CCF

El medio de pago deberá corresponder al beneficiario. No se aceptarán cuentas o productos financieros de terceros para el pago de la TEE. Cuando se seleccione giro por ventanilla u otro mecanismo de reclamación, el pago se entregará al beneficiario previa validación de su identidad.

Entidad financiera (solo si seleccionó abono en cuenta) _____	Tipo de cuenta / producto ☐ Ahorros ☐ Corriente ☐ Depósito de bajo monto ☐ Otro: _____
Número de cuenta o producto (solo si seleccionó abono en cuenta) _____	

No es obligatorio tener una cuenta bancaria para postularse. La CCF confirmará el medio de pago antes de efectuar el giro.

E. PRESENTACIÓN

¿Desea recibir orientación voluntaria sobre la ruta de empleabilidad del Servicio Público de Empleo? ☐ Sí ☐ No. La respuesta no afecta la PEE.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es cierta y entiendo que será objeto de las verificaciones correspondientes. Entiendo que la radicación no equivale al reconocimiento ni al pago de la TEE.

Declaro que esta postulación corresponde a mi solicitud y que los datos de contacto y del medio de pago suministrados me pertenecen o se encuentran bajo mi titularidad, según corresponda. Entiendo que la TEE se reconocerá y pagará exclusivamente a la persona beneficiaria y que no debo entregar dinero, claves, contraseñas o información de seguridad a intermediarios o tramitadores.

Nombre del postulante*	Fecha*	Firma o huella*
_____	_____	_____

La operación de la PEE a cargo de las CCF está sujeta a inspección, vigilancia y control de la SSF.

Vigilado Supersubsidio

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFAORIENTE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO

COPIA CONTROLADA

A. RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	
CCF responsable _____	NIT _____
Canal para ejercer derechos / presentar consultas o reclamos _____	Ubicación o enlace de la política de tratamiento _____

B. TITULAR DE LOS DATOS		
Tipo de documento* _____	Número de documento* _____	Nombre completo* _____

C. INFORMACIÓN AL TITULAR

La CCF tratará únicamente los datos necesarios para recibir y tramitar la postulación, verificar requisitos e incompatibilidades, comunicar decisiones, efectuar pagos, gestionar novedades, prevenir duplicidades o fraude y cumplir las obligaciones de seguimiento, reporte, control y cierre de la PEE. La información podrá ser reportada a la SSF y, a través del flujo institucional previsto en el Manual, suministrada a MinTrabajo dentro del ámbito de sus competencias. No se autoriza el uso de la información para fines comerciales o de mercadeo.

Como titular puede conocer, actualizar y rectificar sus datos; solicitar prueba de la autorización; ser informado sobre el uso dado a sus datos; presentar consultas o reclamos ante la CCF y quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio; acceder gratuitamente a sus datos y, cuando legalmente proceda, solicitar la revocatoria de la autorización o la supresión de la información.

D. CONSENTIMIENTO Y CONSTANCIA DE INFORMACIÓN		
¿Declara que fue informado sobre las finalidades del tratamiento, la identidad y canales de la CCF responsable y la forma de consultar su política de tratamiento de datos?	☐	☐
¿Declara que fue informado sobre sus derechos como titular de los datos personales?	☐	☐
¿Autoriza de manera previa, expresa e informada el tratamiento de sus datos personales para las finalidades de la PEE descritas en este formulario?	☐	☐
¿Autoriza las consultas e intercambios de información estrictamente necesarios para verificar los requisitos, incompatibilidades, pagos y duplicidades de la PEE mediante las fuentes oficiales y los mecanismos habilitados?	☐	☐

E. FIRMA		
Nombre completo* _____	Fecha* _____	Firma o huella* _____

La operación de la PEE a cargo de las CCF está sujeta a inspección, vigilancia y control de la Superintendencia del Subsidio Familiar.

Vigilado Supersubsidio

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFAORIENTE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO
COPIA CONTROLADA

Marque una sola respuesta en cada pregunta. La CCF realizará las verificaciones de oficio que correspondan.

A. IDENTIFICACIÓN

Tipo de documento*	Número de documento*	Nombre completo*
_____	_____	_____

Calidad en la que se postula* ☐ Trabajador dependiente cesante ☐ Trabajador independiente cesante

B. DECLARACIÓN INFORMADA

1. ¿Declara que actualmente se encuentra cesante y sin actividad remunerada ni fuente de ingreso? La respuesta requerida para acceder a la PEE es Sí.	☐	☐
2. ¿Recibe actualmente una pensión? La respuesta requerida para acceder a la PEE es No.	☐	☐
3. ¿Recibe actualmente la transferencia económica ordinaria del Mecanismo de Protección al Cesante (MPC)? La CCF verificará esta información.	☐	☐
4. ¿Recibe otra transferencia nacional de sustitución del ingreso por el mismo hecho generador de cesación o interrupción de la actividad derivado del sismo del 10 de agosto de 2026? La CCF verificará esta información.	☐	☐

C. DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro conocer que la condición de no tener actividad remunerada ni fuente de ingreso debe mantenerse al momento de cada giro y me comprometo a informar a la CCF, antes de cada giro, cualquier vinculación laboral, actividad remunerada, fuente de ingreso o cambio relevante en las condiciones declaradas. Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada en este formulario y en la postulación es cierta, completa y corresponde a mi situación al momento de la postulación. Declaro igualmente que he leído o me ha sido explicado el contenido de este formulario y que comprendo las condiciones aquí informadas.

Nombre completo*	Fecha*	Firma o huella*
_____	_____	_____

La operación de la PEE a cargo de las CCF está sujeta a inspección, vigilancia y control de la Superintendencia del Subsidio Familiar.

Vigilado Supersubsidio

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFAORIENTE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO
COPIA CONTROLADA

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

_____, 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 y 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 continua 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 represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor a capturar, tratar,

Vigilado Supersubsidio

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFAORIENTE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO
COPIA CONTROLADA

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

Vigilado Supersubsidio

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFAORIENTE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO

COPIA CONTROLADA

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 del Código del Comercio y las normas que lo adicionen o modifiquen, por medio del presente instrumento manifiesto que autorizo expresamente a la CAJA DE COMPENSACIÒN 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 TÌTULO:** 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.

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,

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFAORIENTE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO

COPIA CONTROLADA

Vigilado Supersubsidio

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 obtuvieren 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 vigente 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: Se adjunta el presente documento al pagaré en blanco arriba enunciado, el cual declara haber recibido 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 pagar, 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

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFAORIENTE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO

COPIA CONTROLADA