**DECLARACIÓN JURAMENTADA Y OBLIGACIÓN DE POSTULANTES AL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado(a) y residente en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actuando en nombre y representación propia, por medio del presente escrito me permito muy respetuosamente de manera libre y espontánea **DECLARAR BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO** y **OBLIGARME**, en los siguientes términos:

**PRIMERO:** Que a la fecha suscribo el Formulario Único de Postulación al Mecanismo de Protección al Cesante, otorgado por la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA – CAFABA.

**SEGUNDO:** Que en la actualidad me encuentro desempleado(a) y NO recibo renta, pensión, salarios ni subsidios, y tampoco ninguna otra fuente de ingresos.

**TERCERO:** Que me obligo a inscribirme en los Servicios de Empleo Autorizados pertenecientes a la Red de Servicios de Empleos, desarrollar la ruta hacia la búsqueda de empleo e inscribirme en los programas de capacitación en los términos dispuestos por la reglamentación que expide el Gobierno Nacional.

**CUARTO:** Que me obligo a suministrar por escrito ante la dependencia competente de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA, un documento en donde acredite que mi condición de cesante vario, y en caso de poseer documentación idónea (certificación o contrato), la allegare para constar mi señalamiento, documento el cual me obligo a suministrarlo en la fecha que cambie mi condición de cesante o en fecha anterior al cambio, a fin que la CAJA logre realizar la respectiva suspensión de los beneficios so pena de incurrir en falta gravísima.

**QUINTO:** Que en caso de incumplir con alguna de las obligaciones aquí contraídas o las regladas en la ruta hacia la búsqueda de empleo, me obligó a hacer DEVOLUCIÓN de los VALORES que por concepto de BENEFICIOS me otorgue la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA – CAFABA y se evidencia la efectividad de la entrega o consignación del BENEFICIO.

**SEXTO:** Que conozco y soy consciente que los beneficios que puedo percibir del Mecanismo de Protección al Cesante – FOSFEC, son CUOTA MONETARIA, BONO DE ALIMENTACIÓN, SALUD y PENSIÓN, motivo por el cual, en caso de incumplimiento del suscrito, ACEPTO que se inicie proceso extrajudicial y/o judicial, por los conceptos antes señalados, sin perjuicio de la sanción penal que pueda acarrear mi actuación.

**SEPTIMO:** Que conozco las responsabilidades civiles, penales y administrativas en que incurro en caso de jurar en falso, y AUTORIZO a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA – CAFABA, para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley y aceptadas por este medio.

**OCTAVO:** Que las declaraciones aquí manifestadas y las obligaciones aquí contraídas, las realizo con fundamento en el parágrafo del artículo 14 de la Ley 1636 de 2013 y en el artículo 3 del Decreto 852 de 2016 en el cual se adiciono el artículo 2.2.6.1.3.21.

**NOVENO:** Que manifiesto mi responsabilidad de informar a la caja de compensación familiar en caso de obtener una fuente formal de ingresos, so pena de la pérdida del beneficio y la obligación de devolver lo pagado de manera indebida, sin perjuicio de las responsabilidades que haya a lugar, de conformidad en el parágrafo del artículo 7 de la Resolución 853 de 2020

**DECIMO:** Que el presente documento presta merito ejecutivo, teniendo en cuenta que se encuentra intrínseca una obligación clara, expresa y exigible, la cual se hará exigible el primer día corriente del mes siguiente al recibido y/o consignación del beneficio, sin importancia de la cantidad de periodos.

**UNDECIMO:** Que, al pie de mi firma, señalo Dos (02) referencias familiares con el ánimo de verificar mi manifestación y transparencia en mi actuar, AUTORIZANDO al MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE a comunicarse con estas personas, para lo de su competencia.

Manifiesto que toda la información aquí suministrada es verídica y las obligaciones aquí contraídas se expresan de forma voluntaria y sin vicio alguno, suscribiéndose para su aceptación a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declarante y Obligado,

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

Nombre:

C.C. No.:

Celular:

Dirección:

Correo Electrónico:

**Referencia Familiar 1 Referencia Familiar 2**

Nombre: Nombre:

C.C. No.: C.C. No.:

Parentesco: Parentesco:

Celular: Celular:

Dirección: Dirección:

Correo Electrónico: Correo Electrónico: