

	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA "CAFABA"	
	DECLARACIÓN JURAMENTADA Y OBLIGACIÓN DE POSTULANTES AL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
	Código: 30510-Re-002	N° Revisión: 2
		Pág. 1 de 1

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 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.

DECIMO: 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 _____.

Aprobado Por: Coordinación del Mecanismo del Protección a Cesante	Fecha de aprobación: 1 de febrero de 2019
--	--

	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA "CAFABA"	
	DECLARACIÓN JURAMENTADA Y OBLIGACIÓN DE POSTULANTES AL MECANISMO DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
	Código: 30510-Re-002	N° Revisión: 2
		Pág. 1 de 1

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:

Aprobado Por: Coordinación del Mecanismo del Protección a Cesante	Fecha de aprobación: 1 de febrero de 2019
--	--