

Yo, _____ con tipo de identificación _____ y número _____ de _____, por medio de la presente acta de corresponsabilidad, manifiesto de forma libre y espontánea, mi voluntad de dar cumplimiento a las obligaciones y compromisos que se enunciarán en este documento, para participar responsablemente de los procesos que brinda el Mecanismo de Protección al Cesante. Por lo anterior declaro que cumplo con todos los requisitos requeridos para participar en sus rutas de empleabilidad, por ende me comprometo a:

- Suministrar información veraz sobre mis datos personales, lugar de residencia, datos de contacto, actividades económicas desarrolladas, EPS y los intereses a desarrollar.
- Entregar la información con los documentos solicitados e informando oportunamente el cambio de domicilio, números de contacto y cualquier novedad que incida en mi participación en el Mecanismo de Protección al Cesante.
- Comprendo que el recibo de los documentos a la postulación del Mecanismo de Protección al Cesante no implica aprobación del beneficio y está sujeto a la disponibilidad de recurso por parte de la Caja de Compensación y al orden secuencial de recibido de los formularios.
- Cumplir con el trámite de activación del servicio de salud, acercándome a la EPS donde me encuentro afiliado.
- Mantener la afiliación de la EPS con la que se realiza la postulación.
- Comprendo que el pago de la Cotización al sistema de Seguridad Social y Pensiones es sobre un (1) SMMLV por (6 meses) y una transferencia económica que se calcula sobre 1.5 SMMLV por (4 cuotas) decrecientes así:
 - Mes 1: 40% de 1.5. SMMLV
 - Mes 2: 30% de 1.5. SMMLV
 - Mes 3: 20% de 1.5. SMMLV
 - Mes 4: 10% de 1.5. SMMLV
- Me comprometo a cumplir y participar activamente a cada una de las actividades y eventos que se direccionen en el marco de la ruta de empleabilidad. (entrevistas, talleres, capacitaciones, entre otros).
- Asistir puntualmente a las capacitaciones en competencias claves y/o transversales y específicas asignadas, en conformidad con los tiempos de duración y la intensidad horaria aplicable, debido a que estas hacen parte del requisito obligatorio para acceder a los beneficios del Subsidio al desempleo de la Caja de Compensación Familiar de La Guajira, de lo contrario será causal de la pérdida del beneficio, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 13 de la ley 1636.
- Dar buen uso a los incentivos recibidos en bienes o servicios durante mi participación en el Mecanismo de Protección al Cesante.
- En caso de cambiar mis condiciones laborales, es decir, si consigo trabajo (aunque sean 1 día), debo informar de manera formal (por escrito) a la FOSFEC inmediatamente, de lo contrario y

no avisar oportunamente esta novedad recibiendo un doble pago, AUTORIZO a COMFAGUAJIRA, para que descuenta del pago del Subsidio Familiar las cuotas que haya recibido por el Subsidio al Desempleo tales como salud, pensión y transferencia económica.

- COMPRENDO que las notificaciones en relación al Subsidio al Desempleo se enviarán vía correo electrónico y/o mensaje de texto, por lo tanto, debo mantener actualizada mi información de contacto.
- ME COMPROMETO que, en caso de no llegar la notificación de asignación del subsidio de desempleo al número de celular o medio autorizado reportado en el formulario de postulación, me acercaré al punto de atención autorizado por Comfaguajira los 5 primeros días hábiles del mes siguiente a la postulación para validar el estado de mi solicitud.
- Autorizo a COMFAGUAJIRA que, en caso de ser beneficiario con la prestación de Transferencia económica, se me realice el giro al número de Daviplata _____ el cual declaro bajo gravedad de juramento que registré a mi nombre; por lo anterior, en caso de realizar algún cambio COMFAGUAJIRA estará exento de responsabilidad. En caso de requerir la actualización de su Daviplata, podrá realizarlo a través del correo electrónico fosfec@comfaguajira.com

Declaro que conozco y acepto los requisitos, compromisos, deberes y derechos para mi participación como beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante y que en caso de incumplimiento se procederá a suspender los beneficios adquiridos, en cumplimiento de la ley 1636 de 2013 artículo 14.

En constancia de lo anteriormente expuesto, firmo la presente acta de corresponsabilidad en _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Firma: _____

Nombre y Apellidos:

Tipo y Número de Identificación: