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

_____, mayor de edad, vecino (a) de la ciudad de_____, identificado como aparece alpie 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 AMAZONAS – CAFAMAZ** en sus oficinas ubicadas en la ciudad de Leticia 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 oprohibición de los beneficios económicos del Mecanismo de Protección al Cesante 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 que por cualquier modo me sigan siendo entregados por la Caja de Compensación Familiar del Amazonas - CAFAMAZ, tales como capacitación formal o informal, aportes a salud y pensión, transferencias económicas y los demás beneficios contemplados por las normas precitadas**. SEGUNDO:** Plazo e intereses: Pagaré la suma indicada en la cláusula anterior el _____. Se reconocerán los intereses legales a una tasa del 6% anual, conforme lo estipulado en el parágrafo 3 del artículo 7 de la Ley 2225 de 2022. Los intereses serán aplicables desde el momento en que se haya configurado la causal legal para la pérdida o cese del pago de los beneficios del MPC hasta la fecha de devolución total efectiva de la suma adeudada. **TERCERO: Renuncia:** El suscrito renuncia a la exhibición del título para el pago, al aviso de rechazo, al protesto, a la constitución en mora. CUARTO: Acuerdos de pago: la mera ampliación del plazo otorgado para el pago de las sumas por mi adeudadas, la firma de acuerdos de pago, financiación o la convención en otra garantía, no constituyen novación de la obligación, no me exonera de pagar la totalidad de las sumas adeudadas, ni libera las garantías constituidas a favor de la **CAJA DE COMPENSACIÒN FAMILIAR DEL AMAZONAS – CAFAMAZ**. **QUINTO: MÉRITO EJECUTIVO:** Con la firma del presente título declaro que conozco y acepto que el mismo presta mérito ejecutivo por contener una obligación clara, expresa y exigible. **SEXTA: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR COMPENSACIONES:** Autorizo de manera expresa, concreta, suficiente, voluntaria, informada e irrevocable a CAFAMAZ o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidadde acreedor, para compensar las sumas de dinero objeto de este pagaré con cualquier otra suma que CAFAMAZ haya de reconocer al Deudor, por cualquier concepto, inclusive la cuota monetaria si a ella hubiere lugar **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 CAFAMAZ o a quien 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: FIRMA: El suscrito, como beneficiario del Subsidio de Desempleo MPC según la Ley 1636 de 2013 modificada por la Ley 2225 de 2022 y el Decreto reglamentario 1493 de 2022, que suscribe el presente documento y conforme con las autorizaciones por él otorgadas, declara voluntariamente que conoce y acepta que la firma del presente documento se efectúa mediante firma electrónica a través de las herramientas, funcionalidades o soluciones tecnológicas designadas por CAFAMAZ para tales efectos, lo cual está en consonancia con los preceptos legales que regulan la materia consagrados en la Ley 527 de 1999, el Decreto 2364 de 2012 y demás disposiciones aplicables. Es de anotar que

este procedimiento tiene como finalidad identificar e individualizar a una persona respecto de un mensaje de datos, siempre que sea aprobado de conformidad con los fines para los que se utiliza la firma, otorgándole al documento la misma validez y presunción de autenticidad de la que gozan los documentos suscritos físicamente para efectos de su valoración como mensaje de datos y la fuerza probatoria del mismo, conforme a lo dispuesto en el Código General del Proceso. Para constancia se firma en la ciudad de_____a los del mes de_____de _____

Nombre Cesante: _____

Número de Cédula: _____

Firma Cesante: _____

CARTA DE INSTRUCCIONES

_____, mayor de edad, vecino de la ciudad de Leticia, identificado 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 AMAZONAS - CAFAMAZ, 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 CAFAMAZ de conformidad con las siguientes instrucciones: **CUANTIA:** El monto será igual al valor de los beneficios otorgados con cargo al Mecanismo de Protección al Cesante (Capacitaciones, matriculas, semestres, derechos de grado, 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. **PLAZO:** El espacio correspondiente al plazo, será llenado con la fecha que corresponda al día en que CAFAMAZ complete el instrumento por haberse constituido la causal que de conformidad con la ley, da origen a la pérdida de beneficios. **CIRCUNSTANCIAS QUE FACULTAN PARA LLENAR EL TITULO:** Los espacios en blanco se llenaran conforme a la presente carta de instrucciones siempre que CAFAMAZ haya previamente identificado la ocurrencia de una cualquiera de las siguientes causales:

1. En caso de que les sea reconocida pensión de vejez, invalidez o sobrevivientes.
2. En los casos en los que se brinde capacitación formal o informal es obligación del beneficiario mantener un promedio general no inferior a tres punto siete (3.7) o su equivalente.
3. En el caso en el que el beneficiario no asista a mínimo el 80% de asistencia de los módulos o clases de educación formal o informal reconocida.
4. En caso de desistir de las capacitaciones formales o informales ofrecidas por medio del Mecanismo de Protección al Cesante.
5. En caso de que obtengan una fuente formal directa de ingresos o realicen una actividad formal remunerada. En este caso, será responsabilidad exclusiva del cesante informar a CAFAMAZ 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.
6. En caso de renuncia a beneficios económicos del Mecanismo de Protección al Cesante y no darle continuidad al técnico.
7. En caso de que rechace, sin causa justificada, la ocupación que le ofrezca el Servicio Público de Empleo, siempre ycuando 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.
8. En caso de que el aspirante que se postule a más de una Caja de Compensación Familiar para acceder a los beneficios. Para estos efectos, el formulario de postulación deberá establecerse una casilla en la que, bajo la gravedad de juramento, el aspirante manifieste que solo se ha postulado a una Caja de Compensación Familiar.
9. En caso de que los beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante sean concedidos a través de engaño o simulación. Conforme lo indicado en el parágrafo del artículo 14 de la Ley 1636 de 2013, las personas que obtuvieren o mantuvieren mediante simulación, engaño o fraude algún tipo de beneficio de los previstos en el artículo 6o del Decreto Legislativo 1493 de 2022, serán sancionadas de acuerdo con 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.

INCORPORACIÓN DEL PAGARÉ: Se adjunta el presente documento al pagaré en blanco arriba enunciado, el cual declara haber recibido CAFAMAZ, comprometiéndose a custodiarlo y a utilizarlo conforme a lo aquí dispuesto. CAFAMAZ queda plenamente autorizado y con amplias facultades para llenar el pagaré sin necesidad de aviso previo a su leal saber y entender, sin que en ningún momento podamos alegar falta de autorizaciones. Las instrucciones y demás autorizaciones que por medio de esta carta haya sido dadas a CAFAMAZ, se entienden de igual manera otorgadas al tenedor legítimo del pagaré o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor del crédito.

Declaramos además, que conocemos la totalidad del pagaré y los reglamentos que rigen el beneficio que se nos ha otorgado, los cuales aceptamos sin reserva alguna. Para constancia se firma en la ciudad de_____a los _____del mes _____de _____

Nombre Cesante: _____

Número de Cédula: _____

Firma Cesante: _____