

	SUSPENSIÓN AL SEGURO DEL DESEMPLEO (FOSFEC) F-M-03-04-03	VERSIÓN 1
		DICIEMBRE DE 2022

Neiva, ____ de _____ de _____

Señores

Mecanismo Protección al Cesante

Fosfec

COMFAMILIAR HUILA

Ciudad

Ref: Suspensión al Seguro al desempleo (FOSFEC)

Cordial saludo,

De manera atenta solicito la suspensión al Seguro al Desempleo, porque:

Ingrese a Laborar el día _____

Suspensión Voluntaria

Otra Cual: _____

Agradezco su colaboración.

Atentamente,

Nombre y Apellidos: _____

No. CC. _____ **de** _____

Dirección: _____

Celular: _____

Email: _____

Recibido por: _____

Nombres y Apellidos: _____

N. Documento identidad: _____

