Neiva, ____ de _____ de _____

Señores
Mecanismo Protección al Cesante
Fosfec
COMFAMILIAR HUILA
Ciudad

Ref. Solicitud suspensión del Seguro al desempleo (FOSFEC)

Cordial saludo,

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

☐ Ingresé a laborar el día _____mes_____año_____

☐ Suspensión voluntaria desde el día _____mes_____año_____

☐ Otra Cuál: _____ desde el día _____mes_____año_____

Agradezco su colaboración.

Atentamente,

_____
Nombre y Apellidos: _____
No. CC. _____ de _____
Dirección: _____
Celular: _____
E-mail: _____

Recibido por: _____

Nombres y Apellidos: _____
No. Documento Identidad: _____

NOTA: El Mecanismo de Protección al Cesante informa que la presentación de una solicitud de cancelación de beneficios no exime al beneficiario de un eventual proceso de recobro. En caso de evidenciarse que dichos beneficios fueron recibidos antes o después de la solicitud, mientras el beneficiario contaba con una fuente de ingresos, será obligatorio reintegrar los recursos percibidos, ya sea en su totalidad o de manera proporcional, según corresponda.