

DECLARACIÓN JURAMENTADA CUIDADORES



En cumplimiento del artículo 8, Ley 2225 del 2022 y con el propósito de ser beneficiario del subsidio a cónyuge o compañero permanente cuidador de beneficiario en condición de discapacidad me permito manifestar lo siguiente:

1. Declaración de cónyuge o compañero permanente:

Yo _____ identificado (a) como aparece al pie de mi firma, persona capaz legalmente, en mi condición de cónyuge o compañero (a) permanente del trabajador (a) _____ afiliado(a) a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, declaro bajo gravedad de juramento y conocimiento las implicaciones legales que deriven del mismo, lo siguiente:

- a) Que presto labores de cuidado y asistencia al beneficiario (a) _____ identificado (a) con tipo _____ y número de documento _____ quien se encuentra a cargo y depende económicamente del trabajador afiliado, en actividades de higiene, aseo, alimentación y ayuda en la administración de medicamentos por vía oral.
- b) Igualmente certifico que no cuento con una fuente de ingresos, renta, ni pensión, no realizo una actividad remunerada y dependo económicamente del trabajador afiliado.

2. Declaración del trabajador:

Yo _____ identificado (a) como aparece al pie de mi firma, persona capaz legalmente, en mi condición de trabajador afiliado, conozco que es mi deber que, en caso de cualquier cambio socio económico (estado civil o modificación de los ingresos del grupo familiar). Me comprometo a notificar de manera inmediata a COMFABOY la novedad; en caso de no hacerlo, me obligo a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me haya sido canceladas indebidamente y/o autorizo a Comfaboy aplicar descuentos sobre cuotas de subsidio que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.

3. Declaración conjunta:

- a) Declaramos que nuestro estado civil es _____ y convivimos desde hace _____ años _____ meses.

Nota: la fecha de diligenciamiento de la presente declaración no puede tener vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por los declarantes. La información contiene la manifestación expresa de declarante y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, la Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY podrá realizar las verificaciones internas y externas, en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso, de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrá la facultad de retirar a la(s) personas(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar y/o solicitar el reintegro por pago de lo no debido por lo cual autorizo ser contactado por medio de llamadas telefónicas, mensajes de texto y correo electrónico o certificado.

En constancia ratificamos que la información relacionada en los numerales 1, 2 y 3 es verídica, para lo cual firmamos en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma conyugue o compañero (a) permanente

Tipo y No. Documento _____

Cel. _____

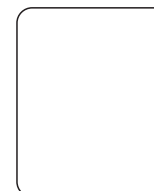


Huella

Firma trabajador afiliado (a)

Tipo y No. Documento _____

Cel. _____



Huella