

**DECLARACIÓN JURAMENTADA BENEFICIARIO CÓNYUGE CUIDADOR
ARTÍCULO 8, LEY 2225 DE 2022.**

Declaración de cónyuge o compañero permanente:

Yo _____ identificado (a) con tipo _____ y número de identificación _____, persona capaz legalmente, en mi condición de cónyuge o compañero (a) permanente del trabajador (a) _____, identificado (a) con tipo _____ y número de identificación _____ afiliado (a) a la Caja de Compensación Familiar COMFIAR, declaro bajo gravedad de juramento y conociendo las implicaciones legales que derivan del mismo, lo siguiente:

a) Que presto labores de cuidado y asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos por vía oral, por la condición de discapacidad del beneficiario (a) _____ identificado (a) con tipo _____ y número de documento _____ quien se encuentra a cargo y depende económicamente del trabajador afiliado de conformidad con lo indicando en certificación médica o certificado de discapacidad de fecha _____ expedida por _____.

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.

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 COMFIAR la novedad; en caso de no hacerlo, me obligo a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido canceladas indebidamente y/o autorizo a COMFIAR aplicar descuentos sobre cuotas de subsidio que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.

Declaración conjunta:

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

Nota: La fecha de diligenciamiento de la presente declaración no puede tener una vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por los declarantes. La información contiene la manifestación expresa del declarante y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las Cajas de Compensación Familiar podrán 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, tendrán la facultad de retirar a la(s) persona(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

En constancia firmamos en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

_____ Firma cónyuge o compañero (a) permanente	_____ Firma trabajador afiliado(a)
_____ Tipo y No. Documento	_____ Tipo y No. Documento
_____ Cel.	_____ Cel.
_____ Correo electrónico	_____ Correo electrónico