

## DECLARACIÓN JURAMENTADA CUIDADORES

Artículo 8, Ley 2225 de 2022. Beneficiario Cónyuge Cuidador

### Declaración de cónyuge o compañero permanente:

\_\_\_\_\_ 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 Antioquia - COMFAMA, declaro bajo gravedad de juramento y conociendo las implicaciones legales que derivan del mismo, lo siguiente:

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.

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:

\_\_\_\_\_ 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), o cambio en la condición de discapacidad de mi beneficiario, me comprometo a notificar de manera inmediata a Comfama 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 Comfama aplicar descuentos sobre cuotas de subsidio que reciba por otras personas a cargo, hasta reintegrar la totalidad de los valores recibidos.

Consignar las cuotas monetarias a las que tenga derecho en mi cuenta personal No. \_\_\_\_\_, Entidad: \_\_\_\_\_, tipo de cuenta \_\_\_\_\_

### Declaración conjunta:

Declaramos que nuestro estado civil es \_\_\_\_\_ y convivimos desde hace \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses.

En constancia firmamos en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma

Firma

\_\_\_\_\_  
Cónyuge o compañero (a) permanente

Tipo y No. Documento

Cel.

Email:

\_\_\_\_\_  
Trabajador afiliado(a)

Tipo y No. Documento

Cel.

Email:

Declaro bajo gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y se apliquen las sanciones contempladas por la ley. La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012. Indícanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye: • Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios. • Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros. • Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales. • El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato. • Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extranjera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos. • Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia. Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros. Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible. AUTORIZO \_\_\_ NO AUTORIZO \_\_\_ La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web [www.comfama.com](http://www.comfama.com). La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail: [protecciondatospersonales@comfama.com.co](mailto:protecciondatospersonales@comfama.com.co), o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

**Nota: La fecha de diligenciamiento de la presente declaración no debe 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, la Caja de Compensación Familiar realizará las verificaciones internas y externas (visita de trabajo social, validaciones etc.) 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 como cuidador.

## Ley 2225 de 2022.

1. Que el trabajador afiliado cuente con una remuneración mensual fija o variable que no exceda los 2 S.M.L.M.V.
2. Que la persona que ejerce las labores de cuidado se encuentre registrado en el núcleo del trabajador afiliado como cónyuge o compañero(a) permanente y que realice actividades de cuidado respecto a un beneficiario con discapacidad.
3. El cónyuge o compañero(a) permanente no debe contar con vinculación laboral o fuente de ingreso, renta, ni pensión, o realizar una actividad remunerada y debe depender económicamente del trabajador (a). (declaración juramentada).
4. La persona a cargo sobre la cual se ejercen labores de cuidado debe encontrarse afiliado a COMFAMA como beneficiario con discapacidad.
5. La condición de discapacidad deberá acreditarse ante esta Corporación por medio de la certificación expedida por la EPS, IPS o entidad competente en donde se indica claramente el tipo de discapacidad que padece la persona y la necesidad de requerir asistencia de un tercero para el ejercicio de sus actividades básicas; si el certificado no contiene esta información se debe presentar adicionalmente certificado del Ministerio de Salud y protección social, una certificación expedida e impresa en papelería de la EPS o IPS donde se indique la discapacidad del beneficiario a cargo del trabajador y se aclare que requiere de la asistencia de un tercero (que lo apoye en realizar las tareas básicas de la vida cotidiana) con la firma del profesional de la salud y Registro Médico (RM).
  - Nota: no es válido como certificación de discapacidad las historias clínicas, resultados de pruebas psicológicas, exámenes médicos, entre otros.
  - El certificado de discapacidad expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social se deberá renovar y volver a presentar cuando el beneficiario cumpla los 6 y los 18 años.
  - Nota: Para efectos del reconocimiento de la cuota monetaria, se entenderá por cuidador el cónyuge o compañero permanente, que apoya en la realización de las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad.