

DECLARACIÓN JURAMENTADA Y SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE CUIDADORES

Declaración de cónyuge o compañero permanente:

Yo _____ identificado (a) con tipo de documento _____ número de documento _____, en mi condición de cónyuge o compañero (a) permanente del trabajador (a) _____, afiliado (a) a la Caja de Compensación Familiar COMFACUNDI, declaro bajo gravedad de juramento y conociendo las implicaciones legales que deriven del mismo, que:

Presto labores de cuidado y asistencia al beneficiario (a) _____ identificado (a) con tipo de documento _____ y número de documento _____ quien se encuentra a cargo y depende económicamente del trabajador afiliado.

Igualmente certifico que no recibo ingresos, renta, ni pensión, no realizo una actividad remunerada y dependo económicamente del trabajador afiliado.

Declaración del trabajador:

Yo _____ identificado (a) con tipo de documento _____ número de documento _____, en mi condición de trabajador(a) afiliado(a), declaro que:

El(la) Señor(a) _____ identificado (a) con tipo de documento _____ número de documento _____ es el cuidador(a) de mi beneficiario(a) _____ identificado (a) con tipo y número de documento _____

Declaro que mi estado civil es _____ y convivo con el(la) Sr(a) _____ identificado (a) con tipo de documento _____ número de documento _____ desde hace _____ años y _____ meses.

Con el presente documento solicito la afiliación como cuidador(a) de mi cónyuge o compañero(a) permanente aquí relacionado(a).

La información contiene la manifestación expresa del declarante y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, 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. 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
Tipo y No. Documento
Celular:

Firma del trabajador afiliado(a)
Tipo y No. Documento
Celular: