



DECLARACIÓN JURAMENTADA

ARTÍCULO 8, LEY 2225 DE 2022. BENEFICIARIO - CÓNYUGE CUIDADOR

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 del Cauca COMFACAUCA, declaro bajo gravedad de juramento y conociendo 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.

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 COMFACAUCA 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 COMFACAUCA aplicar descuentos sobre cuotas de subsidio que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.

Declaración conjunta:

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, la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA 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, 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 _____
 Cel. _____

 Firma trabajador afiliado(a)
 Tipo y No. Documento _____
 Cel. _____

VIGILADO SuperSubsidio