

**MANIFESTACIÓN JURAMENTADA PARA CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE CUIDADOR DE UN BENEFICIARIO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD**

(Artículo 8 de la Ley 2225 de 2022)

Sincelejo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Señores

**CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE – COMFASUCRE.**

Comparecen mediante esta declaración, por una parte, \_\_\_\_\_, identificado (a) con CC N° \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_, obrando en nombre propio y calidad de trabajador (a) cotizante de la Caja de Compensación y por otra parte, \_\_\_\_\_, con documento de identidad N° \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_, en calidad de Cónyuge y/o Compañero (a) permanente, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 8 de la Ley 2225 de 2022, manifestamos a ustedes bajo la gravedad del juramento con la firma de este documento, que mi cónyuge y/o compañero (a) permanente, es la persona encargada del cuidado de mi beneficiario \_\_\_\_\_, con documento de identidad N° \_\_\_\_\_ quien padece una condición de discapacidad \_\_\_\_\_, según certificado de discapacidad y soporte medico radicado ante la Caja de Compensación.

Mi compañero (a) le brinda asistencia en actividades de higiene \_\_\_\_, aseo \_\_\_\_, alimentación \_\_\_\_, ayuda en la administración de medicamentos por vía oral \_\_\_\_; quien además no labora ni cuenta con un salario para su sustento. (marque con X en las que aplica).

En caso de terminación de la convivencia con el/la señora(a) conyuge \_\_\_\_\_, me comprometo ante la Caja a la notificación inmediata del cambio de estado, y en caso de no hacerlo, me obligo a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido pagadas indebidamente, autorizo a COMFASUCRE aplicar descuentos sobre cuotas monetarias que reciba por las mismas u otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda, en caso de no tener más beneficiarios, autorizo a COMFASUCRE para que inicie el proceso de recobro por medio de mi empleador, de igual manera me comprometo a reportar todas las novedades que se presenten en mi grupo familiar, como lo establece el artículo 37 de la Ley 21/1982.

NOTA: La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, Comfasucre podrá realizar las verificaciones internas y externas, en cualquier momento durante mi 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 del grupo familiar a la(s) persona(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar e iniciar las acciones jurídicas correspondientes.

En cumplimiento del artículo 15 de la C.P de Colombia, LSSICE 34 del 11 de julio de 2002, expedido por la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, Decreto 1720 de 2007, Circular 02 de 2015, expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio, artículo 5.4 de la Ley Orgánica de Protección de Datos, Decreto 1377 de 2013, por el cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012, derogado parcialmente por el decreto 1081 d 2015, en concordancia con las políticas de privacidad de la Caja de Compensacion Familiar de Sucre, Comfasucre, autorizo a esta Caja de Compensación Familiar a tratar mi información personal y la información personal de los menores de edad a quienes represento para: recolectarla, almacenarla, procesarla, circularla, suprimirla, compartirla y transmitirla de acuerdo con los términos y condiciones de las Políticas de Tratamiento de Datos Personales Vigentes la cual puede consultar en nuestro sitio [www.comfasucre.com.co](http://www.comfasucre.com.co), así como los mecanismos dispuestos para ejercer sus derechos; con el fin de hacer posible la prestación de los servicios, para reportes a autoridades de control y vigilancia y fines de uso administrativo, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos. Como titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos en el momento que lo soliciten, presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder de forma gratuita a los mismos.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA TRABAJADOR DECLARANTE**  
CC. \_\_\_\_\_  
CELULAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA CONYUGE CUIDADOR**  
C.C \_\_\_\_\_  
CELULAR: \_\_\_\_\_

**Adjuntar:** Certificado de discapacidad beneficiario código QR, Cert cedula del trabajador y del conyuge, declaracion juramentada minproteccion social, Certificado de cuidado emitido por EPS, IPS o entidad competente.