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

(Artículo 8 de la Ley 2225 de 2022)

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

COMFENALCO TOLIMA

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA TRABAJADOR DECLARANTE FIRMA CUIDADOR

CC.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO RECIBIDO COMFENALCO

Espacio para sello notaria