

FECHA: ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono y/o Celular: _____

Yo, _____ identificado (a) con tipo de identificación C.C__ C.E__ P.E.P __ P.P.T __ T.I __ , N° _____, Expedida en _____, obrando en nombre propio, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 8 de la ley 2225 /22, manifiesto a ustedes bajo la gravedad del juramento con la firma de este documento, que no cuento con vinculación laboral o ingreso alguno y soy la persona encargada de brindarle asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos por vía oral, por la condición de discapacidad del beneficiario (a) _____, identificado (a) con C.C__ C.E__ P.E.P __ P.P.T __ R.C __, T.I __ , N° _____, de conformidad con lo indicado en la certificación medica de fecha ____/____/____ expedida por la entidad _____.

Firma: _____

Número de identificación: _____

AUTORIZACIÓN.

- Autorizó a Comfaguajira a utilizar los datos aquí registrados para que sean tratados de manera confidencial, segura, leal y transparente en los términos y condiciones señalados en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para el desarrollo de campañas promocionales, ofertas de servicios y programas de fidelización diseñadas, implementadas y administradas por COMFAGUAJIRA o terceros autorizados.
- Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: Número de teléfono móvil o fijo, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología y que tenga registrados en sus bases de datos. Así mismo Autorizo me sean notificadas personalmente todas las decisiones y situaciones originadas como afiliadas a la Caja de Compensación Familiar de la Guajira, al siguiente correo electrónico: _____. Cualquier cambio en la dirección electrónica o cualquier otro medio de contacto deberá ser notificada a Comfaguajira. SI ____ NO _____

REQUISITOS SE DEBEN CUMPLIR.

- Tener afiliado(a), el beneficiario(a) en calidad de discapacitado y el cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador cotizante.
- La remuneración mensual fija o variable del trabajador afiliado no debe sobrepasar los dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes. (Categoría A).
- El cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador afiliado, no debe contar con vinculación laboral o ingreso alguno.
- Anexar, soporte de discapacidad de la persona a cargo, el cual debe estar radicado ante la Caja, y en caso de no tenerlo aportar el certificado expedido por la EPS o Ministerio de Salud, en donde se detalla la condición y tipo de discapacidad.