



Fecha: AAAA / MM / DD Dirección: _____ Ciudad/ Municipio: _____

Yo: _____ identificado (a) con C.C. C.E. P.E.E. P.P.T. T.I.

No.: _____, trabajador (a) y con el fin de acogerme al beneficio previsto en la Ley 2225 Artículo 8 del 30/junio/2022

declaro libre y voluntariamente que mi cónyuge o compañero (a) permanente: _____

identificado (a) con C.C. C.E. P.E.E. P.P.T. T.I. No.: _____, no cuenta con una fuente formal de

ingresos y no realiza una actividad formal remunerada, debido a que se encuentra en su totalidad al cuidado y atención de mi beneficiario (a):

_____ identificado (a) con C.C. C.E. P.E.E. P.P.T. T.I.

No.: _____, en condición de discapacidad.

Firma del trabajador (a)

No. de identificación:

Aviso de privacidad. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que los datos personales contenidos en este documento, incluidos los sensibles y especialmente protegidos (menores de edad) que llegaren a recolectarse, deben ser tratados de forma confidencial y segura por los empleados de esta organización y demás terceros que lleguen a acceder a ella dando cumplimiento a los principios aplicables al tratamiento de datos personales, conforme al régimen jurídico vigente en Colombia y acorde con la Política de Privacidad adoptada por esta organización, la cual puede consultar en el portal web www.comfamiliar.com.co seleccionar política de privacidad. El ejercicio del derecho al Habeas Data puede ser ejercido a través del siguiente correo electrónico: privacidad@comfamiliar.com.co.

Requisitos. Para efectos y cumplimiento del reconocimiento de la cuota monetaria para cónyuges o compañero(a) permanentes; cuidadores de beneficiario(a) en condición de Discapacidad, previsto en la Ley 2225 Artículo 8 del 30/JUNIO/2022 debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. El cónyuge debe estar debidamente afiliado al grupo familiar del trabajador, así como el beneficiario el cual deberá contar con la asignación de señal de Discapacidad en la Caja de Compensación.
2. La cuota monetaria será otorgada a aquellos trabajadores cuya remuneración mensual fija, variable o la del hogar no sobrepase los dos (2) salarios mínimos legales vigentes.
3. Deberá anexar una certificación médica expedida por la EPS, IPS o entidad competente, sobre la situación de discapacidad de la persona que requiere asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos por vía oral. Labores que deben ser desempeñadas por un cuidador, que para efectos de la presente Ley es el cónyuge o compañero(a) permanente.
4. Certificado de ingreso de cónyuge o compañero(a) permanente debidamente diligenciado, firmado y autenticado en Notaría Pública o ante entidad competente.