



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO
SISTEMA DE GESTIÓN
FORMATO PARA DECLARACIÓN JURAMENTADA DE
CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE
CUIDADOR DE BENEFICIARIO EN CONDICIÓN DE
DISCAPACIDAD

Código:
PAS-SCM-F-23

Versión:
1

Fecha de Aprobación:
02/05/2024

Ciudad _____, () de _____ de 20_____.

Yo _____, identificado(a) con cedula de ciudadanía N°. _____ expedida en _____, obrando en nombre propio, en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 8 de la Ley 2225 de 2022, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que actualmente no cuento con una fuente formal directa de ingresos o una actividad formal remunerada y soy la persona encargada de realizar actividades de cuidado para el desempeño de las funciones básicas y habituales, tales como alimentación, movilidad, aseo o asistencia en el suministro de medicamentos, entre otros, por la condición de discapacidad del beneficiario(a) _____ identificado(a) con documento No. _____, de conformidad con lo indicado en la certificación medica de fecha día ____ mes ____ año ____ expedida por la entidad _____.

Firma solicitante:



HUELLA

Nombre completo del Cónyuge o Compañero(a) permanente Cuidador:

C.C.

No. de Celular:

Teléfono Fijo:

Dirección:

Correo Electrónico: