

Marque con una X según el caso

\*CAMPOS OBLIGATORIOS

TRABAJADOR  REPRESENTANTE LEGAL  TRASLADO DE EMPRESA  REINTEGRO  NUEVAS PERSONAS A CARGO

Datos de la Empresa

\*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

\*TIPO DE DOCUMENTO NIT  C.C.

SUCURSAL DONDE LABORA

\*Datos del Trabajador

\*TIPO DE AFILIADO: DEPENDIENTE  SERVICIO DOMÉSTICO  MADRE COMUNITARIA  VETERANO DE LA FUERZA PÚBLICA

\*1er. APELLIDO 2do. APELLIDO \*1er. NOMBRE 2do. NOMBRE

\*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA  VISUAL  AUDITIVA  INTELECTUAL  PSICOSOCIAL  SORDOCEGUERA  MÚLTIPLE

\*RESGUARDO \*PUEBLO INDÍGENA \*ETNIA

\*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN \*TIPO DE DOC. C.C.  T.I.  C.E.  PASAPORTE  VISA  CARNÉ DIPLOMÁTICO  P.P.T

*FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	*FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CÍVIL		*FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	GRADO DE ESCOLARIDAD		NIVEL OCUPACIONAL	
			CASADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>		PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SUPERIOR <input type="checkbox"/>	OPERATIVO <input type="checkbox"/>	
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	DÍA MES AÑO	SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	
			SOLTERO <input type="checkbox"/>			TÉCNICO <input type="checkbox"/>		DIRECTIVO <input type="checkbox"/>	

\*SEXO M  F  ORIENTACIÓN SEXUAL HETEROSEXUAL  HOMOSEXUAL  BISEXUAL  NO BINARIO

\*TIPO DE SALARIO: FIJO  VARIABLE  INTEGRAL  \*SALARIO BÁSICO \$ \*COMISIONES \$ SALARIO TOTAL \$

\*TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO  DEFINIDO  OPS

\*DIRECCIÓN RESIDENCIA \*MUNICIPIO ZONA URBANA  ZONA RURAL

\*BARRIO E-MAIL \*CEL TEL FIO (605)

Datos de otro Empleador para los cuales trabaja (Si es el caso)

NIT. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL SALARIO

Datos del Cónyuge o Compañero(a)

\*1er. APELLIDO 2do. APELLIDO \*1er. NOMBRE 2do. NOMBRE

\*CUIDADOR DE BENEFICIARIO EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI  NO

\*RESGUARDO: \*PUEBLO INDÍGENA \*ETNIA

\*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN \*TIPO DE DOC. C.C.  T.I.  C.E.  PASAPORTE  VISA  CARNÉ DIPLOMÁTICO  P.P.T

*FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	*FECHA DE NACIMIENTO	*SEXO	ORIENTACIÓN SEXUAL		GRADO DE ESCOLARIDAD		TRABAJA	
				M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/>	BISEXUAL <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SUPERIOR <input type="checkbox"/>
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO				SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>

\*EMPRESA CARGO

\*TIPO DE SALARIO: FIJO  VARIABLE  INTEGRAL  \*SALARIO BÁSICO \$ \*COMISIONES \$ SALARIO TOTAL \$

\*TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO  DEFINIDO  OPS

TELÉFONO FIO CELULAR

Personas a cargo

1.	*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	*1er. NOMBRE	*2do. NOMBRE	*1er. APELLIDO	*2do. APELLIDO	*FECHA DE NACIMIENTO			*SEXO		*PARENTESCO									
						AÑO	MES	DÍA	M	F	H I J O	H I J A S T O R T	P A D R E	O Z A	F R I	M O R E	S O C O			
	*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/> SORDOCEGUERA <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/>					*ETNIA														
	*RESGUARDO *PUEBLO INDÍGENA																			
2.																				
	*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/>					*ETNIA														
	*RESGUARDO *PUEBLO INDÍGENA																			
3.																				
	*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/>					*ETNIA														
	*RESGUARDO *PUEBLO INDÍGENA																			
4.																				
	*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/>					*ETNIA														
	*RESGUARDO *PUEBLO INDÍGENA																			
5.																				
	*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/>					*ETNIA														
	*RESGUARDO *PUEBLO INDÍGENA																			

**AVISO DE PRIVACIDAD:**  
 La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR - CAJACOPÍ ATLÁNTICO, en adelante CAJACOPÍ, comunica a los afiliados personas naturales y empleadores afiliados que la información personal que se recolecta a través de estos formularios se hace por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen del subsidio familiar vigente en Colombia. Para dar cumplimiento a este régimen legal, es posible que durante la afiliación al sistema, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, CAJACOPÍ recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera. Por tanto, los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen del subsidio familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que CAJACOPÍ desarrolla y oferta a sus afiliados. Con la finalidad de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y/o acceden a los servicios y programas de la Caja, así como para prevenir fraudes que puedan afectar al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos, CAJACOPÍ informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico los que se someterán a las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera. Se informa también que los datos personales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados de tratamiento, en centros de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios tales como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica. En atención al principio de legalidad, CAJACOPÍ tiene la obligación de suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de subsidio familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRS, entre otras finalidades comprendidas en el interés legítimo de la Caja al ejecutar su objeto misional. Así mismo para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado y con otras Cajas de Compensación Familiar, agremiaciones u otras entidades inherentes al sistema. CAJACOPÍ solicita la autorización del trabajador afiliado para remitirle información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario, y demás programas que oferta esta organización. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios, CAJACOPÍ podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los usuarios de estos. Para otorgar descuentos y/o beneficios la Caja podrá también celebrar alianzas con terceros como almacenes de cadena, establecimientos de comercio y/o terceros que reporten beneficios a los afiliados trabajadores, caso en el cual estos terceros aliados podrán realizar consultas en bases de datos de CAJACOPÍ con el fin de verificar la calidad del beneficiario. Para los tratamientos y finalidades antes descritas CAJACOPÍ podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura, sobre sus servicios, beneficios, programas, alianzas y demás acciones que redunden en beneficios de sus afiliados. Si no es de su interés el tratamiento antes comunicado, le solicitamos informarlo al siguiente correo: habeasdata@cajacopi.com. Por su parte, el empleador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por CAJACOPÍ, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de subsidio familiar. Entiende CAJACOPÍ que los datos del grupo familiar reportados por los trabajadores también han sido obtenidos con la previa autorización de los titulares de dichos datos. Para el ejercicio del Habeas Data, esto es, conocer, actualizar, rectificar su información, y cuando ello proceda, solicitar la cancelación de sus datos de las bases de datos de mercado, el titular o quien demuestre un legítimo interés, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: habeasdata@cajacopi.com o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección en la ciudad de Barranquilla: Cra. 46 No. 53-34. Para tal efecto deberá suministrar con precisión los datos y documentos requeridos con el fin de tramitar, atender y responder su solicitud. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: www.cajacopi.com o puede ser consultada físicamente en nuestras sedes.

Autorización para el uso de la información		
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DE LA EMPRESA
Documentos Anexos	Recepción del Documento	Espacio Reservado para Cajacopi
		Fecha devolución Atención al Cliente Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Fecha recibido por Afiliación Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>



Usted podrá utilizar los servicios de Cajacopi a partir de la fecha de recibido este formulario suministrando el documento de identidad en los diferentes puntos de atención. El carnet de afiliado será entregado 45 días después de recibido el formulario.

## DILIGENCIE COMPLETAMENTE EL FORMULARIO CON LETRA CLARA Y LEGIBLE. EVITE DEVOLUCIONES.

### DOCUMENTOS QUE DEBEN ANEXAR AL FORMULARIO

#### AFILIADO

- Fotocopia legible de la Cédula ampliada al 150% ambas caras (Si es por primera vez)
- Si es "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo.
- Si el trabajador es extranjero deberá anexar el permiso por Protección Temporal (PPT)

#### CONYUGE

- Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía ampliada al 150% ambas caras (Si es por primera vez).
- Manifestación del estado civil, diligenciar Formato establecido por el Ministerio de Trabajo entregado por Cajacopi.
- Si trabaja, certificado Laboral original incluyendo salario, nombre completo, número de cédula y fecha de ingreso.
- En caso de que el compañero permanente sea pensionado, deberá anexar certificado de mesada pensional.

#### Notas:

- \* En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
- \* El Cónyuge o compañero permanente que realice actividades de cuidados y asistencia a las personas a cargo del trabajador en condición de discapacidad podrá ser beneficiario del subsidio familiar.

#### HIJOS

- Registro civil legible (Para comprobar parentesco).
- Certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, emitido por la institución educativa debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del período lectivo correspondiente.

#### HIJASTROS

- Registro civil legible acreditando parentesco.
- Certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, emitido por la institución educativa debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del período lectivo correspondiente.
- Diligenciar formato establecido por el Ministerio de Trabajo entregado por Cajacopi para declaración de dependencia económica y unión libre.
- Certificado original de otras Cajas donde conste si los padres biológicos reciben Subsidio Familiar.
- Custodia de autoridad competente que esté en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar o certificado de la Entidad Promotora de Salud - EPS que acredite el grupo familiar unificado.

#### HERMANOS HUERFANOS DE PADRES (PADRE Y MADRE)

- Registro civil del trabajador afiliado y Hermano para establecer parentesco.
- Certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, emitido por la institución educativa debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del período lectivo correspondiente.
- Declaración de dependencia económica y convivencia, diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo entregado por Cajacopi.
- Registro civil de defunción de los padres.

#### PERSONAS A CARGO CON NECESIDADES ESPECIALES

- Los padres menores de 60 años, hermanos huérfanos de padres y los hijos mayores de 18 años, que sean inválidos o de capacidad física disminuida que les impida trabajar, causarán doble cuota de Subsidio Familiar, sin limitación en razón de su edad.
- El trabajador además de los requisitos requeridos según el caso deberá anexar los siguientes documentos:
- Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o las Administradoras de Riesgos Laborales.

**NOTA:** No es válido como certificado de discapacidad historia clínica, resultados de pruebas psicológicas, exámenes médicos etc.



#### PADRES MAYORES DE 60 AÑOS (QUE NO DEVENGUEN SALARIO RENTA O PENSIÓN)

- Fotocopia legible de la cédula de los padres ampliada al 150% ambas caras, o documento válido de identificación para extranjero. (PEP, PPT)
- Registro civil o partida de bautismo legible del trabajador para acreditar parentesco.
- Certificado de la EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Declaración juramentada, utilizar formato establecido por el Ministerio de Trabajo entregado por Cajacopi, firmado por el trabajador y los padre(s) donde indique la dependencia económica de los padres y la declaración de no recibir pensión, salario o renta alguna.

Los Empleadores que vinculen a "Veteranos de la Fuerza Pública", y que al inicio del contrato de trabajo tengan 18 y 40 años, estarán exentos de pagar los aportes a Caja de Compensación Familiar por tales trabajadores afiliados durante los dos primeros años de vinculación. Según lo contemplado en la Ley 1979 del 25 de julio del 2019 Art16, Decreto 1346 del 10 de octubre de 2020, y la Resolución 1881 del 3 de agosto de 2021.

### Señor Trabajador:

Si usted va ingresar nuevamente como afiliado a Cajacopi y su anterior afiliación fue realizada a partir del 1° de enero de 2005, no será necesario aportar los registros civiles de las personas a cargo que usted afilió en su momento.

		<b>DECLARACIÓN JURAMENTADA</b>		<b>Fecha de solicitud</b>			
				Año	Mes	Día	Ciudad/Municipio
01.1 - 07 - 026		Versión: 5	Fecha: octubre 02 de 2023		Aprobado por: Coordinadora de Afiliaciones		

YO \_\_\_\_\_  
 Identificado(a) con C.C  C.E  P.A  P.E.P  P.P.T  T.I  Número \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA DECLARACION**

Marque con una **X** el motivo de la declaración:

1. Convivencia y dependencia económica       2. Unión marital de hecho /Unión libre       3. Padres o hermanos huérfanos de padres       4.Otros

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

**1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (padres, cónyuge, hijos, hijastros,) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

**2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)**

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañero(a) permanente

Declaro que el(la) Señor(a): \_\_\_\_\_ Identificado(a) con el tipo de documento \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses.

Además el(la) Señor(a) actualmente se desempeña como:

- Dependiente \_\_\_\_\_ independiente \_\_\_\_\_ Pensionado(a) \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_ No labora \_\_\_\_\_

**3. PADRES O HERMANO (S) HUERFANO (S)**

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano (a) huérfano (s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

**4. OTROS**

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) \_\_\_\_\_ Identificado con \_\_\_\_\_ padre/madre biológico(a) del menor \_\_\_\_\_ Identificado con \_\_\_\_\_ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral.

Declaro que la (s) persona(s) a cargo relacionadas, hacen parte de mi núcleo familiar y no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, no se encuentra(n) afiliado(s) a otra Caja de Compensación Familiar.  
 5. Para afiliación de HIJASTRO, adicionalmente declaro que el otro padre o madre biológico (a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.  
 6. En caso de terminación de la convivencia con el/la señor(a) \_\_\_\_\_, 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 canceladas indebidamente/o autorizo a Cajacopi aplicar descuentos sobre cuotas monetarias que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.

**NOTA**

La fecha de diligenciamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. 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, las Cajas de Compensación Familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas, en cualquier momento durante su 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.

Firma del declarante

Observaciones:

Documento identidad:



## DECLARACIÓN JURAMENTADA

(ARTÍCULO 8, LEY 2225 DE 2022. BENEFICIARIO CÓNYUGE CUIDADOR)

### Declaración de cónyuge o compañero permanente:

Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) como aparece al pie de mi firma, persona capaz legalmente, en mi condición de cónyuge o compañero (a) permanente del trabajador (a) \_\_\_\_\_, afiliado (a) a la Caja de Compensación Familiar CAJACOPI, declaro bajo la gravedad de juramento y conociendo las implicaciones legales que deriven del mismo, lo siguiente:

- Que presto labores de cuidado y asistencia al beneficiario (a) \_\_\_\_\_ identificado (a) con número \_\_\_\_\_ y tipo de documento \_\_\_\_\_ quien se encuentra a cargo y depende económicamente del trabajador afiliado.
- Igualmente certifico que no cuento con una fuente de ingresos, renta, ni pensión, no realizo una actividad remunerada y dependo económicamente del trabajador afiliado.

### Declaración del trabajador:

Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) como aparece al pie de mi firma, persona capaz legalmente, en mi condición de trabajador afiliado, conozco que es mi deber que, en caso de cualquier cambio socio económico (estado civil o modificación de los ingresos del grupo familiar), me comprometo a notificar de manera inmediata a CAJACOPI la novedad; en caso de no hacerlo, me obligo a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido canceladas indebidamente y/o autorizo a CAJACOPI aplicar descuentos sobre cuotas de subsidio que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.

### Declaración conjunta:

Declaramos que nuestro estado civil es \_\_\_\_\_ y convivimos desde hace \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses.

Nota: La fecha de diligenciamiento de la presente declaración no puede tener una vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por los declarantes. La información contiene la manifestación expresa del declarante y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, la Caja de Compensación Familiar podrá realizar las verificaciones internas y externas, en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En caso, de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar a la(s) persona(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

En constancia firmamos en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Cónyuge o Compañero (a) Permanente  
Tipo y No. Documento \_\_\_\_\_  
Cel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Trabajador Afiliado(a)  
Tipo y No. Documento \_\_\_\_\_  
Cel. \_\_\_\_\_

## REQUISITOS PARA CUIDADORES DE BENEFICIARIOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

(ARTÍCULO 8, LEY 2225 DE 2022)

- El salario del trabajador sea hasta 2 salarios mínimos legales vigentes (SMLMV).
- El trabajador tenga beneficiarios a cargo con discapacidad dentro del grupo familiar y que estos cumplan con los requisitos para recibir doble cuota.
- Que el cónyuge o compañero permanente este afiliado dentro del grupo familiar del trabajador, y no tenga vinculación laboral o ingreso alguno, no reciba renta, salario ni pensión y dependa económicamente del trabajador.
- El cónyuge o compañero permanente realice actividades de cuidado del beneficiario discapacitado a cargo del trabajador.

### Documentos que debe presentar:

- Certificación de discapacidad expedido por las IPS o EPS autorizadas por la secretaria de Salud o las entidades que hagan sus veces, según resolución No. 1239 de 2022 por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- El certificado debe indicar que el discapacitado requiere de la asistencia de un tercero (que lo apoye en realizar las tareas básicas de la vida cotidiana) con la firma del profesional de la salud y Registro Médico (RM). Este certificado se deberá renovar y volver a presentar cuando el beneficiario cumpla los 8 y 18 años.
- Declaración rendida y firmada por el trabajador y el cónyuge o compañero permanente del trabajador, donde indique que no cuenta con ingresos directos y no realiza ninguna actividad remunerada, que cuida o presta asistencia al beneficiario con discapacidad.

### Nota:

- Si el beneficiario se encuentra afiliado en condición de discapacidad, no será necesario aportar el certificado de discapacidad.
- No es válido como certificación de discapacidad las historias clínicas, resultados de pruebas psicológicas, exámenes médicos entre otros.
- Si la afiliación del beneficiario es por primera vez deberá cumplir con los requisitos descritos en el formulario de inscripción del trabajador.