

Declaración de cónyuge o compañero permanente:

_____ 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 del Magdalena CAJAMAG, declaro bajo gravedad de juramento y conociendo las implicaciones legales que deriven del mismo, lo siguiente:

a) Que presto labores de cuidado y asistencia al beneficiario (a) _____ identificado (a) con tipo ___ y número de documento _____ quien se encuentra a cargo y depende económicamente del trabajador afiliado.

b) 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:

_____ 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), o cambio en la condición de discapacidad de mi beneficiario, me comprometo a notificar de manera inmediata a Cajamag 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 Cajamag aplicar descuentos sobre cuotas de subsidio que reciba por otras personas a cargo, hasta reintegrar la totalidad de los valores recibidos.

Declaración conjunta:

d) 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 realizará las verificaciones internas y externas (visita de trabajo social, validaciones etc.) 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 a la(s) persona(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio como cuidador.

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. _____

1. Que el trabajador afiliado cuente con una remuneración mensual fija o variable que no exceda los 2 S.M.L.M.V.
2. Que la persona que ejerce las labores de cuidado se encuentre registrado en el núcleo del trabajador afiliado como cónyuge o compañero(a) permanente y que realice actividades de cuidado respecto a un beneficiario con discapacidad.

Para estos efectos se entiende como persona con discapacidad a cargo del trabajador:

- Hijos
 - Hijastros
 - Hermanos huérfanos de ambos padres.
 - Padres del trabajador que ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión y ningún otro hijo los tenga afiliados a Caja de Compensación.
3. El cónyuge o compañero(a) permanente no debe contar con vinculación laboral o fuente de ingreso, renta, ni pensión, o realizar una actividad remunerada y debe depender económicamente del trabajador (a). (declaración juramentada).
 4. La persona a cargo sobre la cual se ejercen labores de cuidado debe encontrarse afiliado a CAJAMAG como beneficiario con discapacidad.
 5. La condición de discapacidad deberá acreditarse ante esta Corporación por medio de la certificación expedida por la EPS, IPS o entidad competente en donde se indica claramente el tipo de discapacidad que padece la persona y la necesidad de requerir asistencia de un tercero para el ejercicio de sus actividades básicas; si el certificado no viene con esta información se debe presentar adicionalmente al certificado del Ministerio de Salud y protección social, una certificación expedida e impresa en papelería de la EPS o IPS donde se indique la discapacidad del beneficiario a cargo del trabajador y se aclare que 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).
 - Nota: no es válido como certificación de discapacidad las historias clínicas, resultados de pruebas psicológicas, exámenes médicos, entre otros.
 - El certificado de discapacidad expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social se deberá renovar y volver a presentar cuando el beneficiario cumpla los 6 y los 18 años.

Recuerde que para el reconocimiento de la cuota monetaria se entiende por “Cuidador” a la persona que apoya en la realización de las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad.

En lo relacionado con la actualización del certificado de discapacidad se debe tener en cuenta que solo debería ser requerido en los siguientes casos: **A.** Cuando el menor de edad certificado cumpla seis (6) años. **B.** Cuando el menor de edad certificado cumpla dieciocho (18) años. **C.** Cuando a criterio del médico tratante se modifiquen las deficiencias corporales, limitaciones en las actividades o restricciones en la participación, por efecto de la evolución positiva o negativa de la condición de salud.

Nota: Para efectos del reconocimiento de la cuota monetaria, se entenderá por cuidador el cónyuge o compañero permanente, que apoya en la realización de las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad.