

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -POL-03 | Página: 1 de 7 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Política Gestión de Beneficios Económicos para Miembros del CFIA | |

1. OBJETIVO Y ALCANCE

| OBJETIVO | ALCANCE |
|--|--|
| Crear los lineamientos generales para Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA. | Esta política tiene como fin definir los lineamientos y procedimientos que orientan la asignación de los beneficios económicos para los(as) miembros del CFIA. |

2. DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA

LINEAMIENTOS ADMINISTRATIVOS

- 2.1 El Subsidio de Gastos Médicos y/o Apremio Económico dará respuesta a la situación del(a) miembro del CFIA, su cónyuge o pareja en unión de hecho, padres, hijos menores de dieciocho años, o hijos mayores de dieciocho años con discapacidad comprobada, siguiendo los lineamientos que establezca la administración de Mutualidad CFIA.
- 2.2 El Adelanto del Beneficio por Fallecimiento dará respuesta únicamente a las necesidades del(a) miembro, que se encuentre en fase terminal o inhabilitación permanente.
- 2.3 Llenar el formulario de solicitud y adjuntarlo con la documentación requerida.
- 2.4 En caso de detectarse falsedad de la información u omisión de ésta y de los documentos solicitados, en el estudio socioeconómico no se dictará ningún tipo de recomendación y se rechaza la solicitud de beneficio.
- 2.5 Todos los casos serán evaluados por Trabajo Social y de ser necesario, por profesionales que la administración considere necesarios dependiendo de cada caso, sujetos a su recomendación demostrando en forma fehaciente la necesidad y/o la insolvencia económica.

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -POL-03 | Página: 2 de 7 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Política Gestión de Beneficios Económicos para Miembros del CFIA | |

2.6 Se deben presentar todos los documentos requeridos en este listado, de no ser así, no se le dará trámite a la solicitud.

2.7 En caso de que la solicitud sea por gastos médicos, se deben presentar facturas proformas y la forma de pago se determinará en el proceso de valoración socioeconómica, y se establecerá en el S.S.I MUT-INS-TEC-09 o S.S.I. Mut -INS-TEC-15.

2.8 El o la profesional en Trabajo Social deberá comunicar cualquier anomalía en los beneficios aprobados a la Gerencia de Mutualidad CFIA para tomar acciones inmediatas y dichas acciones serán comunicadas en la siguiente sesión de Junta Administradora.

2.9 Tener domicilio fijo y exclusivo en territorio costarricense.

2.10 Si el(a) miembro del CFIA presenta enfermedad en fase terminal, incapacidad permanente e insolvencia económica, en primera instancia aplicará el Adelanto del Beneficio por Fallecimiento. Si la situación persiste al agotar el Adelanto del Beneficio por Fallecimiento podrá optar por el Subsidios de Gastos Médicos y Apremio Económico.

2.11 Cuando se trate de Adelanto del Beneficio por Fallecimiento, la Junta Administradora realizará una recomendación a la Junta Directiva General. Esta última se encargará de analizar el caso y tomar la decisión correspondiente.

2.12 Cuando se trate de Subsidio de Gastos Médicos y/o Apremio Económico, la Junta Administradora de Mutualidad CFIA se encargará de analizar el caso y tomar la decisión correspondiente.

2.13 En caso de que la solicitud sea por motivo de salud, se verificará que el grupo familiar o del miembro del CFIA no cuente con los recursos económicos para asumir los gastos relacionados con dicha situación.

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -POL-03 | Página: 3 de 7 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Política Gestión de Beneficios Económicos para Miembros del CFIA | |

2.14 No se cancelarán deudas originadas por consumo, por medio del Subsidio de Gastos Médicos y/o Apremio Económico o del Adelanto del Beneficio por Fallecimiento.

2.15 Para casos que requieran revaloración dentro de los 6 meses posteriores a la resolución no se realizará la visita domiciliaria y se actualizará información que la profesional en trabajo social considere necesario. En caso de haber transcurrido los 6 meses desde la resolución, se deberá realizar desde el inicio el proceso de valoración socioeconómica.

2.16 Lista de Documentos Requeridos:

| |
|---|
| 1. Formulario de solicitud lleno (En caso de que el miembro del CFIA no esté facultada para hacer la solicitud, se debe designar un representante con una certificación legal que haga constar la imposibilidad del agremiado de realizar la solicitud) |
| 2. Fotocopia de la cédula de identidad del miembro del CFIA y del cónyuge o pareja en unión de hecho. |
| 3. Constancia de salario o ingresos de todos los miembros del grupo conviviente cumpliendo con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Asalariado: debe especificar salario bruto y neto con desglose de las respectivas deducciones; y otros ingresos como comisiones, viáticos, regalías, etc., además fotocopia de orden patronal reciente. • Pensionado: recibo o comprobante del régimen correspondiente. • Declaración Jurada: En caso de trabajo liberal, informal o en caso de no contar con ningún tipo de ingreso. |
| 4. En caso de que la vivienda se encuentre en cualquiera de las siguientes condiciones, debe presentar: <ul style="list-style-type: none"> • Propia sin hipoteca: constancia del registro de la propiedad. • Propia con hipoteca: constancia de pago indicando monto original de la hipoteca, saldo actual y cuota mensual. • Alquilada: recibo de pago. |
| 5. Fotocopia del último recibo de agua, electricidad, teléfono, cable, internet e impuestos municipales. <ul style="list-style-type: none"> • En los casos en que aplique fotocopia de los dos últimos meses de los comprobantes de pago de servicios de: farmacia, combustible, supermercados, servicios domésticos y de seguridad, servicios de salud y de educación. |
| 6. Para todos los miembros de la familia menores de edad que estudien o hijos mayores de 18 años y menores de 25 años, que no trabajen pero que sí se encuentren estudiando, deberá presentar constancia |

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -POL-03 | Página: 4 de 7 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Política Gestión de Beneficios Económicos para Miembros del CFIA | |

| |
|--|
| de la institución en que está matriculado, en la que se indique el monto que paga mensualmente, si tiene beca y porcentaje. |
| 7. Constancia de otras erogaciones: cualquier pago de préstamo o servicios debe corroborarse. |
| 8. Certificado médico indicando: <ul style="list-style-type: none"> • Si la solicitud es por motivo de enfermedad terminal: Adjuntar dictamen médico que indique condición de terminalidad de la enfermedad según clasificación médica. • Si la solicitud es por motivo de inhabilitación para ejercer la profesión: adjuntar dictamen médico indicando la inhabilitación y sus motivos o copia del expediente del sistema de pensiones de la CCSS que le declaró incapacidad para laborar o en condición de invalidez. |
| 9. Informe clínico de los tratamientos recibidos por el padecimiento en cuestión (Epicrisis Clínica): <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el tratamiento recibido haya sido llevado de manera privada solicitar al Centro Médico respectivo una constancia de atención con diagnóstico y tratamientos recibidos. |
| 10. Receta médica con listado de medicamentos requeridos; así como facturas proformas del Centro de Salud, Clínica o Farmacia. |
| 11. Certificaciones médicas de miembros residentes con el solicitante, en caso de que padezcan enfermedades. |
| 12. Llenar la declaración jurada sobre póliza de gastos médicos que indique si posee póliza de gastos médicos. Si la tuviere, aportar original y copia de esta. |
| 13. Llenar la declaración jurada sobre tarjetas de crédito, débito y cuentas de ahorro. Si las tuviere, aportar el estado de cuenta de los últimos tres meses de cada una de las tarjetas de crédito, débito y de las cuentas bancarias que posean el solicitante y su cónyuge o pareja de hecho. |
| 14. Llenar la declaración jurada para consulta de protectora de crédito. MUTUALIDAD CFIA realizará la consulta de la protectora de crédito tanto de la persona colegiada como su cónyuge o pareja de unión de hecho. |
| 15. En caso de no percibir ingresos, trabajar de forma independiente o en labores informales, debe de llenar la declaración jurada de ingresos que indique su condición actual |
| 16. Cualquier otro documento, dependiendo del caso, que la administración considere necesario como comprobante o justificación de la solicitud. |

2.17 Indicaciones:

- Se deben adjuntar todos los requisitos en un solo documento PDF editable en el orden establecido según numeración.
- El documento PDF debe ser enviado vía correo electrónico a solidaridad@cfia.cr.

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -POL-03 | Página: 5 de 7 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Política Gestión de Beneficios Económicos para Miembros del CFIA | |

- Si por algún motivo los documentos no pueden ser enviados por correo electrónico, debe **solicitar una cita** para realizar la entrega de forma presencial.
- Las declaraciones juradas deben ser realizadas por la persona solicitante y su cónyuge. En caso necesario también por miembros del grupo familiar que sean mayores de edad.
- Las autorizaciones de consulta a Protectora de Crédito deben ser realizadas por la persona solicitante y su cónyuge. En caso necesario también por miembros del grupo familiar que sean mayores de edad.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS

| Término | Definición |
|---------------------|---|
| CCSS | Caja Costarricense del Seguro Social |
| Pensión RNC | Pensión del Régimen No Contributivo |
| Pensión del IVM | Pensión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte |
| Familia nuclear | Tipología de familia conformada por madre, padre e hijos e hijas. |
| Familia unipersonal | Tipología de familia conformada por una persona. |
| Familia extensa | Tipología de familia conformada por diferentes generaciones, por ejemplo: madre, padre, abuela, abuelo, hijos, hijas, tíos, tías. |
| Diada conyugal | Tipología familiar de una pareja que convive sin hijos e hijas. |
| Pobreza extrema | Situación socioeconómica en la cual cada persona del grupo familiar vive de forma mensual con, un ingreso menor a lo estipulado por la canasta básica, según el método de Línea de Pobreza. |

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -POL-03 | Página: 6 de 7 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Política Gestión de Beneficios Económicos para Miembros del CFIA | |

4. ACTUALIZACIONES DE LA POLÍTICA

| Tipo de cambio | Versión | Fecha | Justificación del cambio |
|----------------|---------|-------|--------------------------|
| | | | |

5. DOCUMENTOS QUE REGULA ESTA POLÍTICA

| Código | Nombre del documento |
|------------------------|--|
| S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA |
| S.S.I. Mut -INS-TEC-08 | Instrumento de Visita Domiciliar para Estudio de Valoración Socioeconómica |
| S.S.I. Mut -INS-TEC-09 | Estudio de Valoración Socioeconómica para Subsidio |
| S.S.I. Mut -INS-TEC-15 | Estudio de Valoración Socioeconómica para Adelanto |
| S.S.I. Mut -INS-TEC-10 | Hoja de Verificación del Contenido del Expediente |
| S.S.I. Mut -INS-TEC-11 | Instrumento de Actualización Socioeconómica |

6. APROBACIONES

Refuerza la aprobación y estandarización del documento.

Cualquier modificación en la definición, alcances y contenidos en esta política, solo se podrá realizar con el visto bueno de la Junta Directiva, Junta Administradora y Gerencia.

Vigencia. Aprobación acuerdo No. _____ tomado en la sesión No. _____ de Junta Directiva General el ____ de _____ 2021.

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -POL-03 | Página: 7 de 7 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Política Gestión de Beneficios Económicos para Miembros del CFIA | |

MAE. Juan Carlos Leiva Hernández

MAG. Ana Beatriz Castro Barquero

Gerente Mutualidad CFIA

Jefatura Área

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 1 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

Para llevar a cabo el uso correcto del presente instructivo, debe leer el documento: “S.S.I. Mut -POL-03 Gestión de beneficios económicos para miembros del CFIA”.

INDIQUE EL MOTIVO DE LA SOLICITUD:

1. Datos Generales del(a) miembro del CFIA

1.1. Nombre y apellidos:

1.2. Carné: _____

1.3. Cédula: _____

1.4. Estado Civil:

Casado(a): () Soltero(a): () Divorciado(a): () Viudo(a): () Unión Libre: ()

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 2 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

1.5. Condición Laboral:

Asalariado () Ejercicio Liberal de Profesión () Pensionado () Otro ()

Especifique:

1.6. Ingreso Mensual:

Ingreso Bruto: _____ Ingreso Neto: _____

Beneficios, ingresos no económicos que percibe (Especifique):

1.7. Lugar de residencia:

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Otras señas:

1.8. Métodos de contacto:

Teléfono: _____ Celular: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Apartado N°: _____

1.9. Cuenta bancaria (a nombre de la persona solicitante):

Si es del Banco Nacional, cuenta corriente: _____

Si es de otro banco, cuenta IBAN: _____

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 3 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

2. Personas que conforman el núcleo familiar.

2.1 Personas que residen en la vivienda

| Nombre | Parentesco | Ocupación | Ingreso bruto | Aporte |
|--------|------------|-----------|---------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2.2 Personas que estudian y que requieren aporte familiar para este fin.

| Nombre | Parentesco | Edad | Centro de estudios | Nivel (*) | Monto del aporte |
|--------|------------|------|--------------------|-----------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(*) Se refiere a nivel de estudios, primario, secundario, técnico o universitario.

3. Situación de los bienes muebles e inmuebles

3.1 La casa que se habita es:

- Propia sin Hipoteca: () Alquilada: () Prestada: () Propia con Hipoteca: ()
- Pago mensual por alquiler o hipoteca: _____
- Monto trimestral por impuestos: _____

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 4 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

- Si existe hipoteca:

Monto original: _____ Saldo actual: _____

3.2 Cuenta con otras propiedades:

| Localización | Extensión | Valor | Utilización | Renta y/o costo Mantenimiento |
|--------------|-----------|-------|-------------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3.3 Se dispone por parte de alguno de los miembros del núcleo familiar de vehículo automotor.

| Marca | Modelo | Año | Valor de mercado | Propietario |
|-------|--------|-----|------------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3.4 Indique si posee o participa alguno de los miembros del grupo familiar en sociedades

| Nombre | Parentesco | Sociedad | Cédula Jurídica | Actividad |
|--------|------------|----------|-----------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 5 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

4. Información General:

4.1 ¿Cuenta con algún tipo de personal a su servicio para atención de tareas en el hogar?
Identifíquelo

Doméstico: () Jardinero: () Otro: () Especifique: _____

4.2 Indique si a nivel del núcleo familiar se tienen erogaciones económicas no consideradas en los aspectos anteriores como préstamos, pensiones alimenticias, embargos, etc:

| Nombre | Parentesco | Tipo | Monto/mes | Saldo |
|--------|------------|------|-----------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5. Si la ayuda es para un miembro de su grupo familiar, sírvase proporcionar la siguiente información:

| Nombre del familiar | Parentesco | Edad | Ingreso | Domicilio |
|---------------------|------------|------|---------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |

Declaro que la información ofrecida responde a la realidad actual tanto económica como familiar y autorizo al Régimen de Mutualidad del CFIA por medio de su administración y/o mediante la Trabajadora Social o profesionales que se considere necesarios para que verifiquen la veracidad de los datos ofrecidos así como los comprobantes aportados, de demostrarse lo contrario, me doy por entendido que el Régimen de Mutualidad iniciará con los procedimientos legales

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 6 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

correspondientes, además, se cobrarán los gastos legales y administrativos que correspondan. Artículo 35 del Reglamento del Régimen de Mutualidad.

Declaro además que no tengo ningún problema en consignar los datos solicitados y que las declaraciones las he realizado en forma voluntaria.

Doy fe de lo anterior mediante firma de esta declaración jurada condecor de que la legislación costarricense pena el delito de falso testimonio.

San José a los _____ día(s) del mes de _____ del año 20____.

Nombre del(a) miembro del CFIA: _____.

Firma del(a) miembro del CFIA: _____ Cédula: _____.

Observaciones:

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 7 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

Para uso exclusivo de Mutualidad CFIA

Solicitud recibida en fecha: _____

Nombre y Firma de persona que recibe la solicitud:

Expediente:

Completo

Incompleto

Detalles:

Fecha en la que se completó el expediente (en caso de documentación incompleta):

Nombre y Firma de persona que completó el expediente:

Fecha: _____

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 8 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

DECLARACIÓN JURADA SOBRE PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS

Yo _____, portador(a) del documento de identidad número _____, ocupación _____, vecino(a) de _____, **DECLARO** bajo fe de juramento y entendido de las penas que conlleva el delito de perjurio* y para lo cual hago constar con mi firma legal ante **MUTUALIDAD CFIA**, que _____ cuento con póliza de gastos médicos privada.

Firma y número de cédula del declarante

*Artículo 311 Código Procesal Penal: Se impondrá prisión de tres meses a dos años al que faltare a la verdad cuando la ley le impone bajo juramento o declaración jurada, la obligación de decir la con relación a hechos propios.

Fecha _____

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 9 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

DECLARACIÓN JURADA SOBRE PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS

Yo _____, portador(a) del documento de identidad número _____, ocupación _____, vecino(a) de _____, **DECLARO** bajo fe de juramento y entendido de las penas que conlleva el delito de perjurio* y para lo cual hago constar con mi firma legal ante **MUTUALIDAD CFIA**, que _____ cuento con póliza de gastos médicos privada.

Firma y número de cédula del declarante

*Artículo 311 Código Procesal Penal: Se impondrá prisión de tres meses a dos años al que faltare a la verdad cuando la ley le impone bajo juramento o declaración jurada, la obligación de decir la con relación a hechos propios.

Fecha: _____

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 10 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

DECLARACIÓN JURADA SOBRE TARJETAS DE CRÉDITO, DÉBITO Y CUENTAS DE AHORRO

Yo _____, portador(a) del documento de identidad número _____, ocupación _____, vecino(a) de _____, **DECLARO** bajo fe de juramento y entendido de las penas que conlleva el delito de perjurio* y para lo cual hago constar con mi firma legal ante **MUTUALIDAD CFIA**, que cuento con:

Cantidad de tarjetas de crédito: _____.

Banco Emisor: _____.

Cantidad de tarjetas de débito: _____.

Banco Emisor: _____.

Cantidad de cuentas de ahorro: _____.

Banco Emisor: _____.

Firma y número de cédula del declarante

*Artículo 311 Código Procesal Penal: Se impondrá prisión de tres meses a dos años al que faltare a la verdad cuando la ley le impone bajo juramento o declaración jurada, la obligación de decirla con relación a hechos propios.

Fecha: _____

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 11 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

DECLARACIÓN JURADA SOBRE TARJETAS DE CRÉDITO, DÉBITO Y CUENTAS DE AHORRO

Yo _____, portador(a) del documento de identidad número _____, ocupación _____, vecino(a) de _____, **DECLARO** bajo fe de juramento y entendido de las penas que conlleva el delito de perjurio* y para lo cual hago constar con mi firma legal ante **MUTUALIDAD CFIA**, que cuento con:

Cantidad de tarjetas de crédito: _____.

Banco Emisor: _____.

Cantidad de tarjetas de débito: _____.

Banco Emisor: _____.

Cantidad de cuentas de ahorro: _____.

Banco Emisor: _____.

Firma y número de cédula del declarante

*Artículo 311 Código Procesal Penal: Se impondrá prisión de tres meses a dos años al que faltare a la verdad cuando la ley le impone bajo juramento o declaración jurada, la obligación de decirla con relación a hechos propios.

Fecha _____

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 12 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE PROTECTORA DE CRÉDITO

Yo _____, portador(a) del documento de identidad número _____, ocupación _____, vecino(a) de _____, autorizo a **MUTUALIDAD CFIA** a consultar información sobre mis datos personales, posesión de bienes muebles e inmuebles, morosidades y participación en sociedades anónimas por medio de la protectora de crédito correspondiente.

Firma y número de cédula del declarante

*Artículo 311 Código Procesal Penal: Se impondrá prisión de tres meses a dos años al que faltare a la verdad cuando la ley le impone bajo juramento o declaración jurada, la obligación de decir la con relación a hechos propios.

Fecha _____

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 13 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE PROTECTORA DE CRÉDITO

Yo _____, portador(a) del documento de identidad número _____, ocupación _____, vecino(a) de _____, autorizo a **MUTUALIDAD CFIA** a consultar información sobre mis datos personales, posesión de bienes muebles e inmuebles, morosidades y participación en sociedades anónimas por medio de la protectora de crédito correspondiente.

Firma y número de cédula del declarante

*Artículo 311 Código Procesal Penal: Se impondrá prisión de tres meses a dos años al que faltare a la verdad cuando la ley le impone bajo juramento o declaración jurada, la obligación de decir la con relación a hechos propios.

Fecha _____

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 14 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

DECLARACION JURADA DE INGRESOS

Yo _____, portador(a) del documento de identidad número _____, ocupación _____, vecino(a) de _____, **DECLARO** bajo fe de juramento y entendido de las penas que conlleva el delito de perjurio* y para lo cual hago constar con mi firma legal ante **MUTUALIDAD CFIA**, que:

- | | |
|--|---|
| | No percibo ingresos |
| | Percibo ingresos por labores informales |
| | Percibo ingresos por labores independientes |
| | Percibo ingresos por pensión |

Firma y número de cédula del declarante

*Artículo 311 Código Procesal Penal: Se impondrá prisión de tres meses a dos años al que faltare a la verdad cuando la ley le impone bajo juramento o declaración jurada, la obligación de decir la con relación a hechos propios.

Fecha _____

| | | |
|---|---|--|
|  | Código: S.S.I. Mut -INS-TEC-07 | Página: 15 de 15 |
| | Versión: 01 | Fecha de Aprobación por la Jefatura: 04/06/2021 |
|  | Mutualidad CFIA | Departamento: Servicios Solidarios Integrales |
| | Tipo de Documento: Gestión de Beneficios Económicos para miembros del CFIA | |

DECLARACION JURADA DE INGRESOS

Yo _____, portador(a) del documento de identidad número _____, ocupación _____, vecino(a) de _____, **DECLARO** bajo fe de juramento y entendido de las penas que conlleva el delito de perjurio* y para lo cual hago constar con mi firma legal ante **MUTUALIDAD CFIA**, que:

- | | |
|--|---|
| | No percibo ingresos |
| | Percibo ingresos por labores informales |
| | Percibo ingresos por labores independientes |
| | Percibo ingresos por pensión |

Firma y número de cédula del declarante

*Artículo 311 Código Procesal Penal: Se impondrá prisión de tres meses a dos años al que faltare a la verdad cuando la ley le impone bajo juramento o declaración jurada, la obligación de decir la con relación a hechos propios.