

**FORMULARIO DE DECLARACION
DE VÍNCULO LABORAL PARA LA AFILIACION Y REGISTRO
EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD**

A los efectos legales del art. 5 inc. a) del Decreto Supremo N° 4589 de 28/09/2021, el presente formulario, tendrá la calidad de Declaración Jurada, por lo que yo (*nombre y apellidos del empleador*)....., con C.I. N°, mayor de edad, hábil por derecho, con domicilio actual en....., con capacidad jurídica de obrar conforme a la Ley, sin que medie presión alguna, DECLARO lo siguiente:

PRIMERO: “Que la Sra./Sr. (*nombre y apellidos de la trabajadora/or del Hogar*).....con C.I. N°, mantiene un vínculo laboral, en condición de Trabajadora/or Asalariada/do del Hogar, con mi persona bajo las características de subordinación, dependencia, trabajo por cuenta ajena, con salario y continuidad de prestación de servicios, a partir del día.....del mes.....del año, fecha con la que se evidencia que la/el mencionada/o trabajadora/or ha desarrollado sus actividades por un periodo igual o mayor a tres (3) meses, conforme dispone el Art. 4 del citado Decreto Supremo.

SEGUNDO: Consciente de las connotaciones legales que genera la presente declaración de reconocimiento de vínculo laboral en favor de la trabajadora o trabajador dependiente, declaro cumplir con la presentación del aviso de novedades asignado a los empleadores, como es el caso de cambio de la dirección del domicilio arriba descrito o por omisión, se tenga como domicilio legal, la última dirección brindada a la Caja Nacional de Salud a los efectos de las notificaciones que correspondan en los procesos de cobro de cotizaciones pendientes de pago, sea en la vía administrativa o judicial, para tal efecto adjunto ubicación georreferenciada de la dirección de mi actual domicilio. Asimismo en caso de ruptura laboral, me comprometo a cumplir con mi obligación de presentar el Formulario de “**Aviso de Baja del Asegurado**”, de mi trabajadora/or Asalariada/do del Hogar, en la Caja Nacional de Salud.

Es cuanto declaro en honor a la verdad, para los fines que en derecho correspondan.

Ciudad de..... a de..... de 202....

.....
Firma del Empleador/ra

.....
Aclaración de Firma del Empleador/ra