

comfama		DECLARACIÓN JURAMENTADA	Fecha de solicitud			
			Año	Mes	Día	Ciudad /Municipio

Yo _____
 Identificado(a) con C.C. C.E. P.A. P.E.P. P.P.T. T.I. Número _____

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

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 (cónyuge, hijos, hijastros,) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

Nombre completo del Beneficiario	Documento de Identidad		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 señor(a) actualmente se desempeña como:
 Dependiente ____ Independiente ____ Pensionado(a) ____ Estudiante ____ No labora ____

3. PADRES O HERMANO (S) HUÉRFANOS (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 Identidad		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 biológica(a) del menor _____ identificado con _____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral.

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 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 de Identidad	