

comfama	 MinTrabajo República de Colombia	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 2. Unión Marital de hecho 3. Padres o hermanos
y dependencia económica / Unión libre 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	