|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **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 4 Otros

y dependencia económica / Unión libre huérfanos de padres

|  |
| --- |
| 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 sugrupo 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **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\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **PADRES O HERMANO (S) HUÈRFANOS (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 | | | |

|  |
| --- |
| 1. **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   Documento de Identidad | Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |