
 <b>COMFACESAR</b> <small>Estamos cumpliendo sueños</small>		<b>SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION</b> <b>FORMATO</b> <b>DECLARACIÓN JURAMENTADA</b>	<b>Código:</b> F-SU-025
		<b>Versión:</b> 3	
		<b>Fecha:</b> 22/04/2022	

**FECHA DE SOLICITUD:**  
**AÑO**  **MES**  **DIA**  **Ciudad/Municipio**

Yo \_\_\_\_\_  
 Identificado(a) con C.C.  C.E.  P.A.  P.E.  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 ENCONÓMICA**

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 identificación		Parentesco	Teléfono 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(la) Señor(a) actualmente se desempeña como:  
 Dependiente \_\_\_\_\_ Independiente \_\_\_\_\_ Pensionado(a) \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_ No labora \_\_\_\_\_

**3. PADRES O HERMANO(A) HUERFANO(S)**

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano (a) huérfan o (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 identificación		Parentesco	Teléfono 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 biológico(a) del menor \_\_\_\_\_ Identificado con \_\_\_\_\_ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral.

Declaro que la(s) persona(s) relacionada, hacen parte de mi núcleo familiar y no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, no se encuentran afiliado(s) a otra Caja de Compensación Familiar.

5. Para afiliación de HIJASTRO, adicionalmente declaro que el otro padre o madre biológico (a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.

6. En caso de terminación de la convivencia con el/la señor(a) \_\_\_\_\_, me comprometo ante la Caja a la notificación inmediata del cambio de estado, y en caso de no hacerlo, me obligo a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido canceladas indebidamente/o autorizo a Comfacesar aplicar descuentos sobre cuotas monetarias que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.

**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 la 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: \_\_\_\_\_