

			DECLARACIÓN JURAMENTADA				Fecha de solicitud																																			
							Año	Mes	Día	Ciudad / Municipio																																
Yo _____																																										
Identificado(a) con C.C.		C.E.	S.C	C.D.	P.A.	PPT	T.I	Número:																																		
MOTIVO DE LA DECLARACIÓN																																										
Marque con una X el motivo de la declaración:																																										
1. Convivencia y Dependencia económica <input type="checkbox"/>		2. Unión Marital de hecho /Unión libre <input type="checkbox"/>			3. Padres o hermanos huérfanos de padres <input type="checkbox"/>		4. Cónyuge o compañero(a) permanente - Cuidador(a) <input type="checkbox"/>		4. Otros <input type="checkbox"/>																																	
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 inconsistencias en la información o falsedad, se suspenda el proceso y se dará traslado a la autoridad judicial competente conforme a 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 y/o compañero permanente, hijos, hijastros, Hermanos huérfanos menores de 18 años de padres y dependientes por custodia) que conviven y dependen económicamente del trabajador(a).																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nombre completo del beneficiario</th> <th colspan="2">Documento de identificación</th> <th rowspan="2">Parentesco</th> <th rowspan="2">Teléfono de contacto del beneficiario</th> <th rowspan="2">Correo electrónico del beneficiario</th> </tr> <tr> <th>Tipo</th> <th>Número</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>											Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario	Tipo	Número																								
Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		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(la) Señor(a) actualmente se desempeña como: Dependiente _____ Independiente _____ Pensionado(a) _____ Estudiante _____ No labora _____																																										
3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANOS DE PADRES																																										
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.																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nombre completo del beneficiario</th> <th colspan="2">Documento de identificación</th> <th rowspan="2">Parentesco</th> <th rowspan="2">Teléfono de contacto del beneficiario</th> <th rowspan="2">Correo electrónico del beneficiario</th> </tr> <tr> <th>Tipo</th> <th>Número</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>											Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario	Tipo	Número																								
Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario																																					
	Tipo	Número																																								
Firma del padre				Firma de la madre																																						
4. CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE - CUIDADOR(A)																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nombre completo del Cuidador</th> <th colspan="2">Documento de identificación</th> <th rowspan="2">Teléfono de contacto del beneficiario</th> <th rowspan="2">Correo electrónico del beneficiario</th> </tr> <tr> <th>Tipo</th> <th>Número</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>											Nombre completo del Cuidador	Documento de identificación		Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario	Tipo	Número																									
Nombre completo del Cuidador	Documento de identificación		Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario																																						
	Tipo	Número																																								
Declaro que como conyuge o compañero(a) permanente - cuidador(a), no cuento con una fuente formal directa de ingresos y no realizo una actividad formal remunerada, teniendo en cuenta que es la autonomía, voluntad y preferencia de la persona a cargo discapacitada de este grupo familiar.																																										
Firma del cónyuge o compañero (a) permanente - Cuidador(a): _____																																										
5. 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, ni certificar que recibe subsidio familiar en otra Caja de Compensación Familiar.																																										
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 Documento de identidad					Observaciones:																																					