

Yo \_\_\_\_\_  
 identificado (a) con C.C  C.D  C.E  P.A  P.E.P  P.T.P  T.I  T.M.F  VISA  CARNÉ DIPLOMÁTICO  CERTIFICADO CABILDO   
 número \_\_\_\_\_

Marque con una X el motivo de la declaración.

**MOTIVO DE LA DECLARACIÓN**

 1. Convivencia y/o dependencia económica  / 2. Unión marital de hecho/ Unión libre  / 3. Padre 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 en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

Nota: Adjuntar custodia por los menores y entregar el presente formato firmado por el trabajador, cónyuge y/o compañero permanente el cual debe ser actualizado antes del 31 de marzo de cada año para evitar que se suspenda su subsidio, en caso de discapacidad: Entregar certificado de afiliación a EPS y el presente formato firmado por padre (s) y trabajador el cual debe ser actualizado antes del 31 de marzo de cada año y si el beneficiario es mayor de 6 ó 18 años, debe actualizar el certificado de discapacidad para el pago de cuota doble. Si el beneficiario ya no presenta discapacidad marcar NO y la Caja pagará cuota sencilla.

**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 identificación		Parentesco (Hijos y/o hijastros)	Discapacidad		Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número		Sí	No		

**2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)**

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tienen 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 No  Sí  convivimos desde hace \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses.

Además, el (la) señor (a) actualmente se desempeña como: \_\_\_\_\_

Dependiente (Empleado) \_\_\_\_\_ Independiente \_\_\_\_\_ Pensionado (a) \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_ No labora (No tiene ingresos) \_\_\_\_\_

Firma cónyuge: \_\_\_\_\_

**3. PADRES O HERMANO (S) HUÉRFANO (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 esta (n) afiliado (a) (s) a ninguna otra caja de compensación familiar.

Nota: Entregar certificado de afiliación a EPS y el presente formato, estos deberán ser actualizados antes del 31 de marzo de cada año para evitar que se suspenda su subsidio, en caso de discapacidad: Entregar certificado de afiliación a EPS y el presente formato firmado por padre(s) y trabajador el cual debe ser actualizado antes del 31 de marzo de cada año y si el beneficiario es mayor de 6 ó 18 años, debe actualizar el certificado de discapacidad para el pago de cuota doble. Si el beneficiario ya no presenta discapacidad marcar NO y la Caja pagará cuota sencilla.

Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco (Padre y/o hermanos)	Discapacidad		Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número		Sí	No		

En caso de que uno de sus padres tenga la condición de beneficiario del régimen contributivo de salud, relacionar la siguiente información del cotizante:

Nombre completo del cotizante	Documento de identificación	
	Tipo	Número

Firma del padre: \_\_\_\_\_

Firma de la madre: \_\_\_\_\_

**4. OTROS**

Declaro que desconozco la ubicación del señor (a) \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_ con fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ padre / madre biológica (a) del menor identificado con \_\_\_\_\_.

NOTA: La fecha de diligenciamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia posterior a treinta (30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante, la información contiene, la manifestación expresada del trabajador y su grupo familiar, 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 consideren 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 familiar.

 Firma del declarante \_\_\_\_\_  
 Documento de identidad \_\_\_\_\_

 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_