



DECLARACIÓN JURAMENTADA

Fecha de solicitud

Año:

Mes:

Día:

Ciudad / Municipio:

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 o 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 (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 | | Si | 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 Si 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 o 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 | | Si | 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 (DESCONOCIMIENTO DE PADRE O MADRE BIOLÓGICA)

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: _____