

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 VERIDICA. 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 su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros,) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

Nombres y Apellidos Completos	Documento de Identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

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

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted 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) HUERFANO(S)**

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano (s) de padres relacionado(a) como parte de mi núcleo familiar, no recibe(n) Subsidio Familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

Nombres y Apellidos Completos	Documento de Identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

**4. OTROS**

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) \_\_\_\_\_ identificado(a) con \_\_\_\_\_ padre / madre biológico(a) del menor \_\_\_\_\_ identificado(a) con \_\_\_\_\_ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral.

**NOTA.**  
 La fecha de diligenciamiento de la presente declaración juramentado 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 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:	