compensar	El empleo es de todos Mintrabajo	**DECLARACIÓN JURAMENTADA**	Fecha de solicitud			
			Año	Mes	Día	Ciudad/Municipio

Yo

Identificado(a) con C.C ☐ C.E ☐ S.C ☐ C.D ☐ C.D ☐ PPT ☐ 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. Cónyuge o compañero(a) permanente-Cuidador(a)		5. 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 inconsistencias en la información o falsedad, se suspenderá 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)

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 tipo de documento _____ número _____ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace_____ años_____ meses.

Dependiente_____Independiente_____Pensionado(a)_____Estudiante_____No labora _____

3. PADRES O HERMANOS(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 del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de

Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

Firma padre: Firma madre:

4. CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE - CUIDADOR(A)

Ley 2225 del 2022, define que se entenderá por Cuidador la persona, profesional o no, que apoya en la realización de las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad que este debidamente certificada por la entidad competente.

Condiciones de afiliación:

- Tener en su grupo familiar una persona a cargo en situación de discapacidad con asistencia personal y total.
- Cónyuge o Compañero(a) permanente cuidador(a) no debe estar activo como trabajador en el sistema de Compensación Familiar.

Nombre completo del cuidador	Documento de identificación		Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número		

Declaro que como cónyuge 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:	Observaciones:
Documento identidad:	