Fecha De Revisión: 12/05/2023

Comfenalco SANTANDER Se preocupa por ti.	MINISTERIO DEL TRABAJO	**DECLARACIÓN JURAMENTADA**	**Fecha de Solicitud**			
			Año	**Mes**	**Día**	**Ciudad/Municipio**

Identificación del declarante: Yo _____ identificado(a) con documento de identificación CC ___ TI ___ CE ___ PA ___ CD___ PT ___ 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 VERÍDICA. 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 acepta y deberá demostrar que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros, dependientes por custodia) 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. UNION MARITAL DE HECHO (UNION LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio usted acepta que 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 ___

Firma del compañero(a) permanente _____ Doc. Identidad _____

3. PADRES O HERMANO(S) HUERFANO(S)

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

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. 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.

En caso de requerir declarar información complementaria de este numeral, por favor usar los espacios al respaldo.

PARA TENER EN CUENTA

En caso de terminación de la convivencia con el/la señor(a) _____, me comprometo ante la Caja a la notificación inmediata del cambio de estado anexando el documento en el que conste cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho, y en caso de no hacerlo, me obligo a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido canceladas indebidamente; autorizo a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander a aplicar descuentos sobre cuotas monetarias que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.

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 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.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos personales del menor de edad o persona con discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del declarante Documento de identidad: _____	Observaciones *(Uso exclusivo de Comfenalco Santander)*

4. OTROS *(Información complementaria)*

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.

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.

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.

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.

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.

Firma declarante	Observaciones *(Uso exclusivo de Comfenalco Santander)*
Documento de identidad: _____	

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

Señor(a) declarante por favor tener en cuenta diligenciar este documento en letra imprenta sin enmendaduras ni tachones, y con los datos de cada una de las personas a cargo: Tipo de documento, Número de documento, Parentesco (con el declarante), teléfono y correo electrónico del beneficiario, si es el caso. Si para un campo, que no sea obligatorio, no posee el dato debe trazar una línea corta horizontal.

RECUERDE: las personas incluidas en este formulario y la información sobre ellas debe coincidir con lo diligenciado y declarado en el formulario de inscripción de trabajador.

Identificación del declarante: Marque con una **X** en la línea frente a las dos letras que correspondan al tipo de su documento de identificación:
(CC) Cédula de ciudadanía; (TI) Tarjeta de Identidad; (CE) Cédula de Extranjería; (PA) Pasaporte; (CD) Carné Diplomático; (PT) Permiso de Protección Temporal; (RC) Registro Civil de Nacimiento

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

El declarante debe marcar con una **X** uno o varios motivos según las personas a cargo a afiliar.

CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

- Relacionar a los hijos, hijastros y/o dependientes por custodia que, conviven, dependen económicamente y hacen parte del actual grupo familiar del declarante.
- Relacionar al cónyuge y/o compañero permanente, que dependen económicamente y hace parte del actual grupo familiar del declarante.

UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

- Relacionar a el/la compañero(a) permanente cuando su estado civil es Unión Libre.
- El/la compañero(a) permanente debe firmar.

PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANOS(S) DE PADRES

- Relacionar a el/la padre/madre que no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar, conviven, dependen económicamente y hacen parte del actual grupo familiar del declarante. No podrán afiliarse los padres que ya se encuentren inscritos como beneficiarios de otro hijo(a) en cualquier Caja de Compensación Familiar.
- Relacionar a el/la hermano(s) huérfano(s) de padres, que dependen económicamente y hace parte del actual grupo familiar del declarante.

OTROS

Relacionar al padre/madre biológico de su hijo(a) con el cual no tiene relación, ni convivencia con el menor a afiliar y por el cual no puede aportar el certificado laboral del mismo. Si son hijos(as) de diferentes padres, se deberá relacionar uno a uno.

PARA TENER EN CUENTA

- Cuando se va a afiliar a un(a) compañero(a) permanente se debe diligenciar el nombre del mismo.