

 <b>COMCAJA</b> CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA	 El empleo es de todos Mintrabajo	<b>DECLARACIÓN JURAMENTADA</b>	<b>MSF-FT-014 Versión 2 Res. 1153 de 2022</b>			
			<b>Fecha de solicitud</b>			
		Año		Mes	Día	Ciudad/Municipio

YO \_\_\_\_\_  
 Identificado (a) con C.C  C.E  P.A  P.E  PPT  T.I  Número \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA DECLARACION**

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 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	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 \_\_\_\_\_ 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 del núcleo 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) \_\_\_\_\_ padre/madre biológico(a) del menor \_\_\_\_\_ Identificado con \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral. Identificado con \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**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, ro 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:

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposan en la base de datos, en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación Familiar, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales" y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI  NO