

LOGO CCF		DECLARACIÓN JURAMENTADA	Fecha de solicitud			
			Año	Mes	Día	Ciudad / Municipio

Yo \_\_\_\_\_

Identificado(a) con C.C.  C.E.  P.A.  P.E.  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 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 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) 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 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. CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE - CUIDADOR(A)

Ley 2225 del 2022, define que se entendera 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.
- Salario devengado por el grupo familiar hasta dos (2) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV)

Nombre Completo	Documento de Identidad		Telefono de contacto del Beneficiario	Correo Electronico del Beneficiario
	Tipo	Numero		

Declaro que como conyuge 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 autonomia, 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.

#### 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 : \_\_\_\_\_