



| | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--------------------|-----|-----|--------------------|
|  |  | DECLARACIÓN JURAMENTADA | Fecha de solicitud | | | |
| | | | Año | Mes | Día | Ciudad y 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. Padres o hermanos huérfanos de padres 3. 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 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

NO CONVIVENCIA. Declaro bajo la gravedad de juramento que NO convivo desde hace más de _____ años con el señor(a) _____, identificado(a) con C.C. T.I. C.E. No. _____ de _____.

Además, el(la) señor(a) actualmente se desempeña como: Dependiente ___ Independiente ___ Pensionado(a) ___ Estudiante ___ No labora ___.

2. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre/madre, hermano(a) huérfano(a) 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 y dependen económicamente de mí.

| 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 |
|-----------------|-------------------|

3. OTROS

Para afiliación de HIJASTRO, adicionalmente declaro que el padre o madre biológico(a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.

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, y en caso de no hacerlo, me obligo a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido canceladas indebidamente/o autorizo a Comfanorte aplicar descuentos sobre cuotas monetarias que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.

IMPORTANTE: Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en el Artículo 3 de la Ley 789 de 2002; los Artículos 27, 37 de la Ley 21 de 1982 y la Ley 599 de 2000, Artículo 403-A Código Penal Fraude a subvenciones.

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER - COMFANORTE a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfanorte.com.co/ y/o en AVENIDA 1 CALLE 9 No. 0-95 ESQUINA. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER - COMFANORTE y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

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 _____ Documento de identidad _____ Firma del cónyuge, compañero (a) permanente _____ | Observaciones: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|---|---|