

		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. 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 VERDICA. 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 (hijos, hijastros, 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 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 _____

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 _____.

3. 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.

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 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. Artículo 8. Adiciónese el numeral 8 al Parágrafo 1 del Artículo 3 de la Ley 789 de 2002:

Condiciones de afiliación:

- Tener en su grupo familiar una persona a cargo en situación de discapacidad con asistencia personal y total. La discapacidad debe ser certificada por la Entidad Promotora de Salud -EPS-, donde sin la asistencia del cónyuge cuidador, no podría realizar actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos por vía oral.
- 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).
- El o la cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador afiliado, con relación vigente.

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 _____ No. _____

padre/madre biológico(a) del menor y/o padres del trabajador _____ Identificado con _____ No. _____

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.

NOTAS

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:
---	----------------