

Comfenalco Valle del Agente				DECLARACIÓN JURAMENTADA	Fecha de solicitud			
					Año	Mes	Dia	Ciudad / Municipio
					2024	3	19	FLORIDA - VA

Yo **SANCHEZ CARDONA DANIEL FELIPE**

Identificado(a) con C.C. C.E. P.A. P.E. PPT. T.I. Número **1114883652**

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con 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 VERIDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen 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			
SANCHEZ VILLAQUIRAN HANNA SOFI	TI	1114311141	HIJA		

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) HUERFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano (a) huérfano (a)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) _____ Identificado con _____ padre/madre biológico(a) del(la) 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: _____
Documento identidad: 1114883652	