comfama | El empleo es de todos Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Fecha de solicitud			
Año	Mes	Día	Ciudad / Municipio
2026	01	20	San Pedro de los Milagros

Yo Ana Lisbeth García Rebolledo

Identificado(a) con C.C. [X] C.E [ ] S.C [ ] C.D. [ ] PPT [ ] T.I [ ] Número 43.157.548

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 inconsistencias en la informacion 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 (cónyuge y/o compañero permanente, hijos, hijastros, Hermanos huérfanos 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			
Cleotilde del Carmen Rebolledo Ramos	CC	26.210.245	Madre	3147848632	No tiene
Carlos García García	CC	3.575.253	Padre	3108282542	No tiene

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 (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			
Cleotilde del Carmen Rebolledo Ramos	CC	26.210.245	Madre	3147848632	No tiene
Carlos García García	CC	3.575.253	Padre	3108282542	No tiene

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 esté 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 Compensacion Familiar.
- Salario devengado por el grupo familiar hasta dos (2) Salarios mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV)

Nombre Completo del Cuidador	Documento de Identidad		Teléfono de contacto del Beneficiario	Correo electrónico del Beneficiario
	Tipo	Numero		

Vigilado Supersubsidio

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 _____

padre/madre biológica(a) del menor Identificado con

Por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral, ni certificar que recibe subsidio familiar en otra Caja de Compensacion Familiar

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: 43.157.548 de Medellín	

Vigilado Supersubsidio