



APORTES Y SUBSIDIOS
DECLARACIÓN JURAMENTADA



Trabajo

Código: MI-ASU-FO-01 Versión: 3.0.0 Fecha: 30-10-2024 Página: 1 de 1

Yo _____

Identificado(a) con C.C. C.E. P.A. P.E. P.P.T. 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 hermano(s) huérfano(s) de padres 4. Otros

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERDÍCA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro, usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (hijos, hijastros, hermanos huérfanos) conviven y dependen económicamente del trabajador (a).

1 CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

Nombre completo del beneficiario	Documentos de identidad		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

2 UNIÓN MARITAL DE HECHO / UNIÓN LIBRE

A. 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 él (ella) señor(a) _____

identificado (a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace _____ años _____ meses.

Además, él (ella) actualmente se desempeña como: Dependiente Independiente Pensionado(a) Estudiante No labora

B. A través del diligenciamiento del siguiente espacio, demostrará y aceptará que usted no convive ni tiene una comunidad de vida singular.

Declaro que él (ella) señor(a) _____

identificado (a) con el tipo de documento _____ número _____ no es mi compañero(a) no permanente y no convivimos desde hace _____ años _____ meses.

Además, él (ella) actualmente se desempeña como: Dependiente Independiente Pensionado(a) Estudiante No labora

3 PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S) DE PADRES

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, que no declara(n) renta, ni registra(n) en Cámara de Comercio, ni está(n) afiliado(as) a otra Caja de Compensación Familiar.

Nombre completo del beneficiario	Documentos de identidad		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(a) con _____ padre/madre biológico(a) del menor _____ identificado(a) con _____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral.

● Para afiliación de **hijastro**, adicionalmente declaro que el otro 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/ autorizo a CAFASUR aplicar descuentos sobre cuotas monetarias que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.

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 (Trabajador) Doc. de identidad:	Firma Cónyuge Doc. de identidad:	Sello Radicado CAFASUR
Observaciones:		
<p>Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívocamente a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL SUR DEL TOLIMA – CAFASUR (en adelante CAFASUR) a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del (los) menor(es) de edad o persona(s) 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 Datos Personales la cual esta publicada en www.cafasur.com.co y/o en la Cr 4 No. 10 – 04 Edificio Cafasur en El Espinal</p> <p>– Tolima. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a CAFASUR y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la antes mencionada Política, la cual declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.</p>		