

	PROCESO MISIONAL	Versión: 1
	PROCESO SUBSIDIO FAMILIAR	Código: PM-PSF-FT-07
	FORMATO DECLARACION JURAMENTADA PARA AFILIACIÓN DE HIJASTROS	Fecha: 10- noviembre - 2023

1 de 1

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA LA AFILIACIÓN DE HIJASTROS

En la ciudad de _____ Departamento del _____ a los ____ días del mes _____ del año ____ Yo _____ identificado(a) con _____ número _____ de _____, declaro que el padre o madre biológico del o la menor, el señor(a) _____ con C.C. No. _____ no conviven con el beneficiario, no reciben subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar. Manifiesto libre y voluntariamente que las personas relacionadas a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y total dependencia económica:

NOMBRE DEL MENOR	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO

Declaro que toda la información aquí suministrada es verídica; autorizo para que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos, en caso de cualquier cambio en mi núcleo familiar, me comprometo a notificar de manera inmediata a COMFACA la novedad en lo manifestado a través del presente documento, en caso de no hacerlo me obligo a devolver las sumas correspondientes al Subsidio Familiar que me hayan sido canceladas indebidamente y/o autorizo a COMFACA aplicar descuentos sobre cuotas de subsidio que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad del pago de lo no debido.

Firma del Trabajador(a)

Tipo ____ No. Documento _____
 Cel. _____
 Correo Electrónico _____

IDENTIFICACIÓN CONTROL DE CAMBIOS:

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Cargo: Jefe Dpto. Aportes y Subsidio	Cargo: Subdirector Corporativo y Financiero	Cargo: Directo Administrativo
Fecha: 23 - octubre – 2023	Fecha: 07 - noviembre – 2023	Fecha: 10 noviembre 2023