

MOTIVO DE DECLARACIÓN

1. Convivencia y Dependencia Económica <input type="radio"/>	2. Supervivencia <input type="radio"/>	3. Unión Marital de Hecho <input type="radio"/>	4. No Convivencia <input type="radio"/>
--	--	---	---

DATOS DEL DECLARANTE

Documento

CC TI CE Número: _____ 1er Apellido: _____ 2do Apellido: _____

Nombre (s): _____ Correo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) como núcleo familiar depende(n) económicamente de mí. Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Cumplo con las condiciones para ser afiliado al Subsidio Familiar. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

Documento de identificación	Nombre y Apellido	Parentesco

2. SUPERVIVENCIA

Declaro y doy fe de la EXISTENCIA de mi(s) padre(s) el (los) cual (cuales) NO reciben(n) salario, renta o pensión alguna ni están(a) afiliado(s) a otra Caja de Compensación Familiar. Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Cumplo con las condiciones para ser afiliado al Subsidio Familiar. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

Cédula	Nombre	Firma

3. UNIÓN MARITAL DE HECHO

Yo: _____ declaro bajo la gravedad de juramento que convivo en unión marital de hecho hace: _____ meses. Con: _____

Documento CC TI CE Número: _____

4. NO CONVIVENCIA

Yo: _____ declaro bajo la gravedad de juramento que NO convivo en unión matrimonial, ni en unión marital de hecho desde hace más de: _____ meses.

Con: _____ Documento CC TI CE Número: _____

Documento CC TI CE Número: _____

RECIBIDO POR:

Año	Mes	Día

Aviso de privacidad: La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO - COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica que la información personal suministrada por el titular será tratada para fines de evaluar el otorgamiento del subsidio en los términos de ley y en el marco del aviso de privacidad contenido en el formato único de afiliación de trabajadores. Afirma el declarante que ha obtenido autorización de las terceras personas cuyos datos personales consigna en este documento, lo cual entiende esta organización con la firma del mismo. Se informa al declarante que esta organización podrá realizar las verificaciones que sean necesarias con el fin de cumplir con las obligaciones de ley. Así mismo, se informa que el suministro de información falsa o carente de veracidad podrá dar lugar al inicio de acciones legales.

Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: privacidad@comfamiliar.com.co o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla.

OBSERVACIONES

- Diligenciar este formato en letra imprenta o a máquina, sin enmendaduras en original y copia. Exija el timbre de recibo al presentar la copia.
- La presentación del formato NO implica compromiso alguno para COMFAMILIAR ATLÁNTICO.
- El solicitante autorizo a COMFAMILIAR ATLÁNTICO a verificar la información. Cualquier falsedad determina su no aprobación y se hará acreedor a las sanciones establecidas por la LEY PENAL.
- La fecha de la solicitud no debe ser mayor a 3 meses de firmados.

PARA TENER EN CUENTA

Es obligación el diligenciamiento de este formato cuando los requisitos así lo exijan:

- ▶ Para demostrar la CONVIVENCIA y DEPENDENCIA ECONÓMICA del grupo familiar (cónyuge, padres, hijos, hijastros, huérfanos de padre), deberá diligenciar el numeral 1, con esto queda demostrado que usted se encuentra compartiendo el mismo hogar con la(s) persona(s) señaladas(s).
- ▶ Proporcionará información en el numeral 2, para declarar la SUPERVIVENCIA de sus padres, quedando así demostrados que su(s) padre(s) se encuentra(n) vivos(s).
- ▶ La UNIÓN MARITAL DE HECHO se demostrará diligenciando los espacios en el numeral 3, con esto estará aceptando la convivencia marital de hecho con su pareja.
- ▶ Para demostrar la NO CONVIVENCIA del o la cónyuge, requerida llenar los espacios en blanco del numeral 4, declarando de esta manera que usted dejó de convivir bajo el mismo hogar con la persona señalada.

Los mejores planes en familia
se viven en nuestros centros recreacionales:

Salgarito

CENTRO RECREACIONAL
Turipaná



- ZONA DEPORTIVA
- ÁREA SOCIAL
- PISCINAS
- RESTAURANTES



Centro Recreacional Salgarito
Calle 6 No. 16-110 Salgar - Pto. Colombia - Atlántico
Tel. 320-7300 Ext. 1654 - 1522 Tel. 357-9958
salgarito@comfamiliar.com.co

Centro Recreacional Turipaná
Km 35 Vía al Mar - Pto. Colombia - Atlántico
Tel. 320-7300 Ext. 1523 - 1524 Tel. 317-7220
turipana@comfamiliar.com.co