

Fecha:**Señores:****CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR – COMFACUNDI**

Yo, _____ identificado con C.C. C.E.
P.A. P.E. P.P.T. No. _____ expedida en _____, por medio del presente documento en calidad de afiliado titular y como representante del núcleo familiar con el cual voy a postularme al Subsidio Familiar de Vivienda, me permito certificar lo manifestado en el formulario único de postulación, así mismo declarar bajo gravedad de juramento y teniendo conocimiento de las implicaciones legales que derivan del mismo, lo siguiente:

1. Mi estado civil es:

Soltero(a)	Unión Libre	Casado(a)	Separado(a)	Viudo(a)
------------	-------------	-----------	-------------	----------

2. Condición madre o padre cabeza de hogar: Si No

De acuerdo con lo declarado en el numeral uno (1), manifiesto la condición especial de madre o padre cabeza de hogar. Asegurando que el(los) menor(es) de edad integrante(s) de la postulación al Subsidio Familiar de Vivienda, cumplen las siguientes condiciones:

- Se encuentra(n) a mi cargo de forma permanente.
- Depende(n) económicamente de mí.

3. Declaro que las personas relacionadas a continuación forman parte de mi grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros, etc.):

NOMBRE COMPLETO BENEFICIARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	NÚMERO			

NOTA: La fecha de diligenciamiento de la presente declaración no puede tener una vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por el afiliado titular. 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, la Caja de Compensación Familiar – COMFACUNDI podrá 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.

Nombre: _____**Número de documento:** _____**Firma:** _____