

|  |  |                                |                    |     |     |                    |
|--|--|--------------------------------|--------------------|-----|-----|--------------------|
|  |  | <b>DECLARACIÓN JURAMENTADA</b> | Fecha de solicitud |     |     |                    |
|  |  |                                | AÑO                | Mes | Día | Ciudad / Municipio |

Yo \_\_\_\_\_  
 Identificado(a) con C.C.  C.E.  P.A.  P.E.  PPT.  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 hermanos huérfanos de padres     4. 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 falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en 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, hijos, hijastros.) conviven y dependen económicamente del trabajador (a).  
 Nota: en caso de que la persona que va recibir el pago de la cuota monetaria no sea el padre o madre del beneficiario (s), el responsable deberá acreditar a través de documento expedido por la autoridad competente, que cuenta con la custodia y cuidado personal del beneficiario (s).

| Nombre completo del beneficiario | Documento de identificación |        | Parentesco | Teléfono de contacto del beneficiario | Correo electrónico del beneficiario |
|----------------------------------|-----------------------------|--------|------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
|                                  | Tipo                        | Número |            |                                       |                                     |
|                                  |                             |        |            |                                       |                                     |

**DATOS DE LA PERSONA QUE TIENE A CARGO A LOS BENEFICIARIOS Y QUE VA RECIBIR LA CUOTA MONETARIA**

| Nombre completo | No. de identificación | Dirección | Ciudad | Celular |
|-----------------|-----------------------|-----------|--------|---------|
|                 |                       |           |        |         |

| Nombre completo del beneficiario | Documento de identificación |        | Parentesco | Teléfono de contacto del beneficiario | Correo electrónico del beneficiario |
|----------------------------------|-----------------------------|--------|------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
|                                  | Tipo                        | Número |            |                                       |                                     |
|                                  |                             |        |            |                                       |                                     |

**DATOS DE LA PERSONA QUE TIENE A CARGO A LOS BENEFICIARIOS Y QUE VA RECIBIR LA CUOTA MONETARIA**

| Nombre completo | No. de identificación | Dirección | Ciudad | Celular |
|-----------------|-----------------------|-----------|--------|---------|
|                 |                       |           |        |         |

| Nombre completo del beneficiario | Documento de identificación |        | Parentesco | Teléfono de contacto del beneficiario | Correo electrónico del beneficiario |
|----------------------------------|-----------------------------|--------|------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
|                                  | Tipo                        | Número |            |                                       |                                     |
|                                  |                             |        |            |                                       |                                     |

**DATOS DE LA PERSONA QUE TIENE A CARGO A LOS BENEFICIARIOS Y QUE VA RECIBIR LA CUOTA MONETARIA**

| Nombre completo | No. de identificación | Dirección | Ciudad | Celular |
|-----------------|-----------------------|-----------|--------|---------|
|                 |                       |           |        |         |

| Nombre completo del beneficiario | Documento de identificación |        | Parentesco | Teléfono de contacto del beneficiario | Correo electrónico del beneficiario |
|----------------------------------|-----------------------------|--------|------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
|                                  | Tipo                        | Número |            |                                       |                                     |
|                                  |                             |        |            |                                       |                                     |

**DATOS DE LA PERSONA QUE TIENE A CARGO A LOS BENEFICIARIOS Y QUE VA RECIBIR LA CUOTA MONETARIA**

| Nombre completo | No. de identificación | Dirección | Ciudad | Celular |
|-----------------|-----------------------|-----------|--------|---------|
|                 |                       |           |        |         |

**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, hermana (a) huérfano (a) 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 |                   |                                       |                                     |
|                                  |                             |        |                   |                                       |                                     |
|                                  |                             |        |                   |                                       |                                     |
|                                  |                             |        |                   |                                       |                                     |
| Firma del padre                  |                             |        | Firma de la madre |                                       |                                     |

**4. OTROS**

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) \_\_\_\_\_ Identificado con \_\_\_\_\_  
 padre /madre biológico (a) del menor \_\_\_\_\_ Identificado con \_\_\_\_\_  
 por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

Declaro que la (s) personas (s) a cargo relacionadas, hacen parte de mi núcleo familiar y no recibe (n) subsidio familiar, renta o pensión alguna, no se encuentra (n) afiliado(s) a otra Caja de Compensación Familiar .

Para afiliación de HIJASTRO, adicionalmente declaro que el 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 la suma correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido canceladas indebidamente/o autorizo a CAJAMAG a 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.

En caso de que, por cualquier circunstancia se hayan efectuado pagos por concepto de subsidio en dinero, especie y servicios sin tener derecho, con la suscripción del presente documento, autorizo de forma previa y expresa para que: I) CAJAMAG deduzca, retenga el valor de la (s) próxima (s) cuota (s) del subsidio monetario que se causen y si tenga derecho, y lo descontado se aplique al valor adeudado por pago indebido de subsidio familiar. II) En caso de que, por alguna circunstancia, no sea posible efectuar el descuento del subsidio monetario en los términos anteriores, me comprometo a cancelar la obligación con mis recursos propios, y/o autorizo a mi pagador o empleador en cualquier tiempo, a descontar de mi salario, honorarios, y demás emolumentos que reciba como consecuencia de mi contrato de trabajo, prestación de servicio, o pensión, sea que los mismos constituyan salario o no, y con tales recursos pagar a CAJAMAG el total del saldo de la obligación pendiente por concepto de subsidio familiar cancelado indebidamente. de conformidad con el artículo 4 de la Ley 920 de 2004.

Firma del declarante

Observaciones: \_\_\_\_\_

Documento identidad: