

		DECLARACIÓN JURAMENTADA	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. CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE- CUIDADOR (A)

Ley 2225 del 2022, define que se entenderá por Cuidador la persona, profesional o no, que apoya en la realización de las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad que este debidamente certificada por la entidad competente.

Condiciones de afiliación

- Tener en su grupo familiar una persona a cargo en situación de discapacidad con asistencia personal y total.
- Cónyuge o Compañero(a) permanente cuidador(a) no debe estar activo como trabajador en el sistema de Compensación Familiar.
- Salario devengado por el grupo familiar hasta dos (2) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV)

Nombre Completo del Cuidador	Documento de Identidad		Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número		

Declaro que como cónyuge o compañero(a) permanente - cuidador(a), de _____ identificado(a) con número identidad _____, no cuento con una fuente formal directa de ingresos y no realizo una actividad formal remunerada, teniendo en cuenta que es la autonomía, voluntad y preferencia de la persona a cargo discapacitada de este grupo familiar.

Firma del cónyuge o compañero(a) permanente - Cuidador(a):

5. 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:	