	DECLARACIÓN JURAMENTADA F-M-03-01-014 Version 2 - Septiembre 2023	Fecha de solicitud					
		Año	Mes	Día	Ciudad /Municipio		
Yo _____ identificado(a) con T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/>							
C.D. <input type="checkbox"/> T.M.F. <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Carne Diplomatico <input type="checkbox"/> Certificado Cabildo <input type="checkbox"/> Número: _____							
MOTIVO DE LA DECLARACION							
Marque con una X el motivo de la declaración							
1. Convivencia y/o dependencia <input type="checkbox"/>		2. Unión marital de hecho/ Union libre <input type="checkbox"/>		3. Padres o hermanos huérfanos de padres <input type="checkbox"/>			
4.Otros <input type="checkbox"/>							
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							
Nombre completo del Beneficiario	Documento de Identidad		Parentesco HIJO - HIJASTRO	Discapacidad		Teléfono del beneficiario	Email del beneficiario
	Tipo	Numero		Si	No		
HIJO Y/O HIJASTRO							
HIJO Y/O HIJASTRO							
HIJO Y/O HIJASTRO							
HIJO Y/O HIJASTRO							
2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)							
A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que <u>usted convive o no</u> y/o <u>tiene una comunidad de vida singular o no</u> con:							
Declaro que el(la) señor(a): _____ Identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> es mi compañero(a) permanente y Convivimos desde hace _____ años _____ meses. Además, el(la) Señor(a) actualmente se desempeña como:							
Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado(a) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> No labora <input type="checkbox"/>							
Firma Conyuge: _____							
3. PADRES O HERMANO (S) HUÈRFANOS (S)							
A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro bajo gravedad de juramento que mi padre/madre, hermano (a) huérfano o (s) 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 Identidad		Parentesco Padres ó Hermanos	Discapacidad		Teléfono del beneficiario	Email del beneficiario
	Tipo	Numero		Si	No		
PADRES/HERMANOS HUERFANOS DE PADRES							
PADRES/HERMANOS HUERFANOS DE PADRES							
Firma Padre			Firma Madre				
**La firma de los padres debe ser a puño y letra; si en la cédula de ciudadanía registra como "NO FIRMA", se deberá poner huella del índice derecho de los padres, *Para el caso de los padres beneficiarios, declaro bajo la gravedad de juramento que NO es beneficiario (a) al sistema de la seguridad social integral en calidad de conyuge y/o pensionado (a).							
En caso de que uno de los padres tenga la condición de cotizante y/o beneficiario del régimen contributivo de salud, relacione la siguiente información:							
Nombre Completo del Cotizante	Tipo de documento	Numero					
4. OTROS							
Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) _____ Identificado con padre/madre biológica(a) del menor _____ Identificado con _____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación.							
Declaro que la (s) persona(s) a cargo relacionadas, hacen parte de mi núcleo familiar y no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, no se encuentra(n) afiliado(s) a otra Caja de Compensación Familiar. Para afiliación de HIJASTRO, adicionalmente declaro que el otro 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 actual, me comprometo ante la Caja a la notificación inmediata del cambio de estado, y en caso de no hacerlo, me obligo a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido canceladas indebidamente/o autorizo a CCF Familiar del Huila 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 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.							
Firma del declarante			Observaciones				
Documento de Identidad							

GUIA USUARIO - DECLARACION JURAMENTADA

A continuación algunas recomendaciones para diligenciar correctamente el formato Declaración Juramentada.

No olvide anexar los demás documentos solicitados para la vinculación del grupo familiar, debes completar todos los espacios que se requieran para la validación y estudio exitoso de la solicitud, para mayor información puedes consultar la página web www.comfamiliarhuila.com

Al inicio del documento, debes registrar la fecha completa y ciudad/ municipio

Debes completar cada campo con la información identificación personal: Nombres, tipo documento, número documento.

Con una X, debes seleccionar el motivo de la presentación de la declaración



En el punto 1 debes registrar a las personas que conviven y dependen económicamente solamente hijos y/o Hijastros

En el punto 2 si convives con el cónyuge o compañero/a permanente se deben incluir los datos solicitados, importante marcar las opciones de años o meses de convivencia Si no convives con el cónyuge o compañero/a permanente debes marcar el NO convivimos

En el punto 3 debes relacionar aquí la información de los padres o hermanos huérfanos que dependen económicamente Es obligatorio que esté firmado con puño y letra. En caso que uno de los padres tenga la condición de cotizante y/o beneficiario del régimen contributivo de salud, deberá relacionar la información solicitada

En el punto 4 debes registrar si desconoces la ubicación de padre/madre biológico del menor.

En este espacio, el trabajador debe firmar con puño y letra, y escribir el documento de identidad

DECLARACIÓN JURAMENTADA F-M-03-01-14 Version 2 - Septiembre 2023		Fecha de solicitud					
		Año	Mes	Día	Ciudad /Municipio		
Yo _____ identificado(a) con T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/>							
C.D. <input type="checkbox"/> T.M.F. <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Carne Diplomático <input type="checkbox"/> Certificado Cabildo <input type="checkbox"/> Número: _____							
MOTIVO DE LA DECLARACION							
Marque con una X el motivo de la declaración							
1. Convivencia y/o dependencia <input type="checkbox"/>		2. Unión marital de hecho/ Unión libre <input type="checkbox"/>		3. Padres o hermanos huérfanos de padres <input type="checkbox"/>			
4. Otros <input type="checkbox"/>							
Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERIDICA. 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 ECONOMICA							
A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar							
Nombre completo del Beneficiario	Documento de Identidad		Parentesco HUIO - HIJASTRO	Discapacidad		Teléfono del beneficiario	Email del beneficiario
	Tipo	Numero		Si	No		
HUIO Y/O HIJASTRO							
HUIO Y/O HIJASTRO							
HUIO Y/O HIJASTRO							
HUIO Y/O HIJASTRO							
2. UNION MARITAL DE HECHO (UNION LIBRE)							
A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive o no y/o tiene una comunidad de vida singular o no con:							
Declaro que el(la) señor(a): _____ Identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 _____							
Firma Conyuge: _____							
3. PADRES O HERMANO (S) HUÉRFANOS (S)							
A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro bajo gravedad de juramento que mi padre/madre, hermano (a) huérfano o (s) 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 Identidad		Parentesco Padres ó Hermanos	Discapacidad		Teléfono del beneficiario	Email del beneficiario
	Tipo	Numero		Si	No		
PADRES/HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES							
PADRES/HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES							
Firma Padre			Firma Madre				
**La firma de los padres debe ser a puño y letra; si en la cédula de ciudadanía registra como "NO FIRMA", se deberá poner huella del índice derecho de los padres. *Para el caso de los padres beneficiarios, declaro bajo la gravedad de juramento que NO es beneficiario (a) al sistema de la seguridad social integral en calidad de conyuge y/o pensionado (a).							
En caso de que uno de los padres tenga la condición de cotizante y/o beneficiario del régimen contributivo de salud, relacione la siguiente información:							
Nombre Completo del Cotizante		Tipo de documento		Numero			
4. OTROS							
Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) _____ Identificado con padre/madre biológica(a) del menor _____ Identificado con _____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación.							
Declaro que la (s) persona(s) a cargo relacionadas, hacen parte de mi núcleo familiar y no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, no se encuentra(n) afiliado(s) a otra Caja de Compensación Familiar. Para afiliación de HIJASTRO, adicionalmente declaro que el otro 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 actual, me comprometo ante la Caja a la notificación inmediata del cambio de estado, y en caso de no hacerlo, me obligo a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido canceladas indebidamente/o autorizo a CCF Familiar del Huila 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 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.							
Firma del declarante			Observaciones				
Documento de Identidad							

Nota: El proceso de afiliación lo puedes realizar desde Oficina Virtual ubicado en la página corporativa www.comfamiliarhuila.com