

 	DECLARACION JURAMENTADA F-M-03-01-014 Version 4 - Marzo 2026	Fecha de solicitud			
		Día	Mes	Año	Ciudad /Municipio

Yo _____

identificado(a) con C.C. C.E. PPT T.I. Número de identificación: _____

Celular: _____ Email: _____

MOTIVO DE LA DECLARACION

Marque con una X el motivo de la declaración

1. Convivencia y/o dependencia economica	2. Unión marital de hecho/ Union libre	3. Padres o hermanos huérfanos de padres	4. Conyuge o compañero(a) permanente - <u>Cuidador</u>	5. 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 inconsistencias en la informacion o falsedad, se suspendera el proceso y se dara traslado a la autoridad judicial competente conforme a 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 y/o compañero permanente, hijos, hijastros, Hermanos huérfanos menores de 18 años de padres y dependientes por custodia) que conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

Nombre completo del Beneficiario	Documento de Identidad		Parentesco	Discapacidad		Teléfono del beneficiario	Email del beneficiario
	Tipo	Numero		Si	No		
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 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 _____

Firma del cónyuge o compañero (a) permanente:

IMPORTANTE: Para el retiro de su excónyuge, usted deberá presentar: Registro civil de defunción, Sentencia Judicial, y/o escritura pública.

En caso de retiro de su excompañero permanente, usted deberá acreditar: Documento de disolución y/o liquidación de la unión marital ya sea mediante escritura pública, sentencia judicial, registro civil de defunción, y/o acta de conciliación de consultorio jurídico. En caso de presentar alguna novedad o modificación de su grupo familiar.

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 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). * El certificado de EPS, debe constar el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador, si su padre/madre se encuentran afiliado al regimen subsidiado puede ser beneficiario del trabajador**

4. CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE - CUIDADOR(A)

Ley 2225 del 2022, define que se entienda 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 con discapacidad con asistencia personal y total.
- Conyuge 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)
- No ser pensionado (a). *

Nombre completo del cuidador	Documento de Identidad		Telefono del Beneficiario	Email del Beneficiario
	Tipo	Numero		

Declaro que como conyuge o compañero(a) permanente - cuidador(a), 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 CC _____ padre/madre biológica(a) del menor _____ Identificado con N. Documento _____ 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 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 que la Caja de Compensación identifique cambios en su grupo familiar que no hayan sido informados y que por este motivo haya generado pago de Cuota Monetaria sin tener derecho, 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 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.

Firma del declarante:	Observaciones
Documento identidad:	

