Combarranquilla		**DECLARACIÓN JURAMENTADA**	**Fecha de solicitud**			
			Año	Mes	Dia	Ciudad/Municipio

Yo _____ Identificado(a) con tipo de documento C.C ☐ C.E ☐ PA ☐ C.D ☐ PPT ☐ T.I ☐ Numero _____.

MOTIVO DE LA DECLARACION

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)

Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario
	Tipo	Número		

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, hermano (a) huérfano (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 identificación		Parentesco	Teléfono de contacto 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) 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.

5.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.

6.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 las sumas correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido canceladas indebidamente/o autorizo a Combarranquilla 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 caso de encontrar algún tipo de inconsistencias o que la información suministrada no se encuentra acorde con la realidad, se procederá a 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) Combarranquilla deduzca, retenga el valor de la(s) próxima(s) cuota(s) del subsidio monetario que se causen y sí 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 Combarranquilla 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 y huella del declarante	Observaciones:
Documento identidad:	

DESPRENDIBLE DE RECIBO DECLARACION JURAMENTADA

Nombre del afiliado: _____

 # Documento: _____

Fecha de recibo: _____

Combarranquilla informa: **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) Combarranquilla deduzca, retenga el valor de la(s) próxima(s) cuota(s) del subsidio monetario que se causen y sí 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 Combarranquilla 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.**