

GUIA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA DECLARACIÓN JURAMENTADA

Señor(a) afiliado(a), siga las siguientes instrucciones para el correcto diligenciamiento de la declaración juramentada:

1. Para iniciar Ingrese aquí: <https://www.combarranquilla.co/> Luego proceda a descargar el formato de la Declaración Juramentada siguiendo estos pasos:



2. Diríjase a la opción formularios:



3. Descargue formulario de declaración juramentada:



Transformando *vidas*

4. Al inicio del documento debe relacionar la fecha en la que presente el documento, Ciudad y municipio.

Com barranquilla Caja de Compensación Familiar	 El empleo es de todos	Mintrabajo	DECLARACIÓN JURAMENTADA	Fecha de solicitud
				Año Mes Dia Ciudad/Municipio

5. En el siguiente campo debe relacionar los datos del trabajador. (nombre, tipo de documento y número de identificación)

Yo _____ Identificado(a) con
documento C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> S.C <input type="checkbox"/> C.D <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Numero _____

Para el diligenciamiento del tipo de documento tenga en cuenta la siguiente información:

Nº	TIPO	CONCEPTO
1	CC	Cedula
2	CE	Cedula de extranjería
3	SC	Salvoconducto
4	CD	Carné diplomático
5	PT	Permiso de Protección Temporal
6	TI	Tarjeta de identidad

6. Motivo de la declaración: Debe marcar con una "X" de acuerdo con las personas que vaya a afiliar a la Caja de Compensación.

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. Cónyuge o compañero(a) permanente - Cuidador(a)	5. Otros	

7. Punto 1. Convivencia y dependencia económica: Debe registrar a las personas que conviven y dependen económicamente del trabajador. (cónyuge, hijos e hijastros)

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 (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 identificación		Parentesco	Teléfono contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

Transformando *vidas*

Para el diligenciamiento del parentesco tenga en cuenta los siguientes códigos:

TIPO PERSONA (Parentesco)
Hijos biológicos
Padre
Madre
Hermanos huérfanos de padre y madre
Hijastros
Cónyuge

8. Punto 2. Unión marital de hecho (unión libre): Si convive con cónyuge o compañero permanente debe relacionar los datos. Importante indicar la convivencia y la ocupación.

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 _____	

9. Punto 3. Padres o hermano(s) huérfano(s): En este campo relaciona a los hermanos huérfanos y/o padres que dependan económicamente del trabajador.

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 contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			
Firma del padre:		Firma de la madre:			

Nota: Obligatoriamente el padre/madre deben de firmar con puño y letra. Si el documento de identificación indica que "NO FIRMA" debe colocar la huella. (índice derecho del padre o la madre).

Transformando *vidas*

10. Punto 4. Cónyuge o compañero permanente cuidador(a): Este campo se diligencia solo si tiene cónyuge o compañero que cumpla con la condición, deben llenar los datos completos y posteriormente este debe firmar.

4. CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE - CUIDADOR(A)				
<p>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 esté debidamente certificada por la entidad competente. Condiciones de afiliación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tener en su grupo familiar una persona a cargo en situación de discapacidad con asistencia personal y total. 2. Cónyuge o Compañero(a) permanente cuidador(a) no debe estar activo como trabajador en el sistema de Compensación Familiar. 3. Salario devengado por el grupo familiar hasta dos (2) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMLV) 				
Nombre Completo del Cuidador	Documento de Identidad		Teléfono de contacto del Cuidador	Nombre Completo del Cuidador
	Tipo	Número		
<p>Declaro que como cónyuge 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.</p>				
<p>Firma del cónyuge o compañero (a) permanente - Cuidador(a):</p>				

11. Punto 5. En caso de que de desconocer la ubicación del padre/madre del menor, este campo se diligencia para afiliación de hijastros.

5. OTROS				
<p>Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) _____ identificado(a) con documento # _____ Padre/madre biológica(o) del menor _____ identificado(a) con documento # _____</p>				

12. Punto 6. Es un espacio que se usa cuando se va a realizar afiliación de hijastros como declaración de no convivencia por parte de la madre o padre biológico.

<p>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.</p>	
<p>6. Para afiliación de HIJASTRO, adicionalmente declaro que el otro parente 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.</p>	
<p>7. 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 Com barranquilla aplicar descuentos sobre cuotas monetarias que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.</p>	

13. Punto 7. Debe relacionar el nombre de su cónyuge o compañero permanente en caso de afiliación de hijastros.

<p>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.</p> <p>6. 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.</p> <p>7. 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 Combaranquilla aplicar descuentos sobre cuotas monetarias que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.</p>
--

14. En este espacio el trabajador debe firmar a puño y letra, colocar huella del índice derecho y número de documento.

<p>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) Combaranquilla 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 Combaranquilla 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.</p>	
--	--

<p>Firma y huella del declarante: _____</p> <p>Documento identidad: _____</p>	<p>Observaciones: _____</p>
---	--

PARA TENER EN CUENTA:

- Todos los campos deben estar diligenciados de acuerdo con las personas que vaya a afiliar a la Caja de Compensación.
- No se aceptan formatos con tachones ni enmendaduras. El diligenciamiento del formato y las firmas deben ser a puño y letra.
- Este documento NO debe estar autenticado ante notaría.
- Los documentos soporte para cada afiliación los puede validar en los requisitos de afiliación.