

 COMCAJA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA	GESTIÓN SUBSIDIO FAMILIAR		Código	MSF-FT-003
	PROCEDIMIENTO INSCRIPCIÓN Y NOVEDADES DE USUARIO		Versión	2.0
	FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA		Fecha de aprobación:	30/09/2026

				Fecha de Solicitud			
		Año		Mes		Día	
						Ciudad/Municipio	

Yo _____ Identificado(a) con ☐ C.C ☐ C.E ☐ PPT ☐ T.I ☐

Otro ☐ Cual _____ Número _____

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN				
Marque con una X el motivo de la declaración:				
1. Convivencia y dependencia económica ☐	2. Matrimonio o unión marital de hecho matrimonio ☐	3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐	4. Cónyuge o compañero(a) permanente cuidador(a) ☐	5. Otros ☐

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información suministrada es VERÍDICA. Autorizo por cualquier medio se verifique los datos contenidos y en caso de inconsistencias en la información o falsedad, se suspenderá el proceso y se dará 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, compañero(a) 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 de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

Para afiliación de hijastro/a (s), adicionalmente declaro que el otro padre o madre biológico(a) no convive con el beneficiario, no lo tiene afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, ni recibe subsidio familiar en dinero por este.

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene comunidad de vida singular con su compañero(a) permanente

Declaro que él(la) señor(a) _____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace _____ años _____ meses.

Número telefónico _____ Correo electrónico _____
 Dirección de domicilio _____

Además, el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

Trabajador ☐ Independiente ☐ Pensionado(a) ☐ Estudiante ☐ No labora ☐

En caso de terminación de la convivencia, me comprometo ante la Caja de Compensación Familiar la notificación inmediata del cambio de estado, anexando el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho y cuando la convivencia sea inferior a dos (2) años presentar una declaración de extrajuicio de la unión marital de hecho. En caso de la convivencia halla superado los dos años y la unión marital de hecho no se halla legalizado también se debe presentar una declaración de extrajuicio: En caso de no hacerlo, me obligó a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me

 COMCAJA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA	GESTIÓN SUBSIDIO FAMILIAR	Código	MSF-FT-003
	PROCEDIMIENTO INSCRIPCIÓN Y NOVEDADES DE USUARIO	Versión	2.0
	FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA	Fecha de aprobación:	30/09/2026

hayan sido pagadas indebidamente; autorizo a COMCAJA aplicar descuentos sobre cuotas monetarias que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(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, que no declara(n) renta, ni registra(n) en Cámara de Comercio, 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:

Nota: En caso de que el padre no sepa o no pueda firmar, se deberá registrar la huella dactilar del dedo índice derecho.

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 esté 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 del Sistema de Compensación Familiar
- Salario devengado por el grupo familiar hasta dos (2) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV)

Nombre completo del cónyuge o compañero (a) permanente Cuidador (a)	Documento de Identidad		Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número		

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 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 _____

Número _____ padre/madre biológica(a) del menor

_____Identificado con _____

Número _____.

Por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral, ni certificar que recibe subsidio familiar en otra Caja de Compensación Familiar.

 COMCAJA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA	GESTIÓN SUBSIDIO FAMILIAR	Código	MSF-FT-003
	PROCEDIMIENTO INSCRIPCIÓN Y NOVEDADES DE USUARIO	Versión	2.0
	FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA	Fecha de aprobación:	30/09/2026

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) _____ Identificado con
 _____ Número _____ padre/madre biológica(a) del menor
 _____ Identificado con _____

Número _____.

Por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral, ni certificar que recibe subsidio familiar en otra Caja de Compensación Familiar.

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: COMCAJA descunte, el valor de la (s) próxima (s) cuota (s) del subsidio monetario que se causen por mis beneficiarios, y lo descontado se aplique al valor adeudado por pago de subsidio familiar sin derecho.

Firma del declarante (Trabajador) Doc. de Identidad: Teléfono: Correo electrónico: Observaciones:	Firma Cónyuge/Compañera permanente o Madre o Padre Biológica Doc. de Identidad:	Recibido COMCAJA

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívocamente a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA - COMCAJA a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del (los) menor(es) de edad o persona(s) en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Datos Personales la cual esta publicada en www.comcaja.gov.co Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a COMCAJA y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la antes mencionada Política, la cual declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

Si ☐ NO ☐

	GESTIÓN SUBSIDIO FAMILIAR	Código	MSF-FT-003
	PROCEDIMIENTO INSCRIPCIÓN Y NOVEDADES DE USUARIO	Versión	2.0
	FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA	Fecha de aprobación:	30/09/2026

Señor(a) declarante por favor tener en cuenta diligenciar este documento en letra imprenta sin enmendaduras ni tachones, y con los datos de cada una de las personas a cargo: Tipo de documento, Número de documento, Parentesco (con el declarante), teléfono y correo electrónico del beneficiario, se debe diligenciar todo el formulario.

Identificación del declarante: Marque con una **X** en la línea frente a las dos letras que correspondan al tipo de su documento de identificación: (CC) Cédula de ciudadanía; (CE) Cédula de Extranjería, (SC) Salvo Conducto, (CD) Carné Diplomático, (PPT) Permiso de Protección Temporal, (TI) Tarjeta de Identidad.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

El declarante debe marcar con una **X** uno o varios motivos según las personas a cargo a afiliar.

CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

- Relacionar a los hijos, hijastros y/o dependientes por custodia que, conviven, dependen económicamente y hacen parte del actual grupo familiar del declarante.
- Relacionar al cónyuge o compañero (a) permanente que dependen económicamente y hace parte del actual grupo familiar del declarante.
- El/la cónyuge o compañero (a) permanente debe firmar.

PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANOS(S) DE PADRES

- Relacionar al padre/madre que no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar, conviven, dependen económicamente, no declaran renta, no registran en Cámara de Comercio y hacen parte del actual grupo familiar del declarante. No podrán afiliarse los padres que ya se encuentren inscritos como beneficiarios de otro hijo(a).
- Relacionar al hermano(s) huérfano(s) de padres, que dependen económicamente, y hace parte del actual grupo familiar del declarante.

OTROS

Relacionar al padre/madre biológica de su hijo(a) con el cual no tiene relación, ni convivencia con el menor a afiliar y por el cual no puede aportar el certificado laboral del mismo. Si son hijos(as) de diferentes padres, se deberá relacionar uno a uno.